SUPPLEMENT DE LA VIE SPIRITUELLE

Numéro 31 du 15 Novembre 1954



SOMMAIRE

RELIGIEUSES EN SANA

Malgré les précautions prises — et encore trop souvent parce qu'elles n'ont pas été prises —, il arrive que des religieuses soient atteintes de tuberculose pulmonaire. Dans la plupart des cas, l'envoi en sanatorium s'impose. L'expérience montre que cette épreuve est lourde pour beaucoup, le rude et brusque changement d'atmosphère et de vie aggravant encore le poids de la maladie.

Un aumônier de sana a bien voulu élaborer avec nous un questionnaire qu'il a adressé à ses confrères et à quelques religieuses ayant l'expérience de ces problèmes. Les réponses qu'il a reçues lui ont donné les éléments d'un rapport plein d'objectivité et de courage. Un phtisiologue et un canoniste complètent ce rapport; nos lecteurs auront ainsi un ensemble riche d'enseignements et de suggestions spécialement utiles aux Supérieures, ne serait-ce que parce que s'y révèlent l'importance de l'hygiène préventive et des examens médicaux fréquents, et plus encore l'importance d'une formation religieuse « en esprit et en vérité » qui, seule, prépare efficacement les religieuses à subir victorieusement l'épreuve du séjour en sana et du retour en communauté.

PSYCHIATRIE ET PASTORALE

Si certains catholiques ne pratiquent guère la confession fréquente, n'est-ce pas parce qu'ils sont déçus dans leur attente? Ils en espèrent à tort un effet sensible alors que ce sacrement, comme tous les autres, produit un effet qui n'est pas de soi et directement perceptible à nos sens. C'est pour la même raison que les troubles psychiques, surtout quand ils sont graves, ne sont pas guéris par la confession.

Il convient ici de distinguer soigneusement les effets de la guérison surnaturelle de l'âme de ceux de la guérison psychique pour mieux affirmer ensuite leurs rapports. C'est du même coup distinguer le rôle du confesseur, du conseiller spirituel et du psycho-thérapeute et souhaiter, quand c'est le cas, leur collaboration.

C'est cette même distinction et cette même corrélation que suggère un psychiatre protestant allemand en ce qui concerne la foi dans les états dépressifs.

Deux nouvelles contributions au difficile problème de l'unité concrète de l'âme spirituelle et du psychisme.

Des prêtres, des pasteurs et des rabbins se sont réunis cet été aux États-Unis dans une Université catholique pour procéder à un échange de vues avec des psychiatres sur l'utilité de la psychiatrie dans le ministère des âmes. Formule originale mais déjà riche de résultats et pleine d'avenir.

Suite du bulletin bibliographique paru dans le précédent numéro.

RELIGIEUSES EN SANA

Texte du questionnaire de l'enquête

I. — Avez-vous l'expérience des problèmes qui se posent aux religieuses groupées, soit dans un sana créé par et pour une congrégation, soit dans un pavillon ou une salle réservée aux religieuses de toutes congrégations ?

a) Quels avantages et inconvénients voyez-vous à l'un et l'autre cas ?

b) Que pensez-vous de la création d'un sana réservé aux religieuses (analogue à celui de Thorenc) ?

II. — Que pensez-vous de la situation des religieuses envoyées en sana au milieu des laiques ?

a) Certaines religieuses y exercent-elles un témoignage ?

b) A quelles conditions personnelles et d'ambiance ?

c) D'autres y souffrent-elles ? En quoi ?

d) Les religieuses en sana sont-elles suivies par leurs supérieures avec toute la charité désirable (visites, lettres, colis, pécule) ?

e) Quelles sont les attitudes des médecins, du personnel infirmier et des malades à l'égard des religieuses ?

f) Quels problèmes posent ces religieuses aux aumôniers des sanas ?

g) Quelles particularités facilement apparentes présentent d'ordinaire les religieuses, les différenciant des autres malades, soit en bien, soit en mal ?

h) Certaines sont-elles plus désemparées que d'autres, plus « inassimilables » au milieu sanatorial ? Lesquelles ?

i) Certaines portent-elles un contre-témoignage ?

j) Le temps de sana apparaît-il intégré dans leur vie religieuse ?

k) Sur quels éléments insister et quels moyens mettre en œuvre pour que le temps de sana soit fécond ?

l) La formation religieuse donnée dans les instituts et sociétés vous paraît-elle basée plus sur la vie théologale que sur les dévotions, même légitimes et louables ?

m) Le rythme, généreux, de la vie religieuse habituelle, ne vous paraît-il pas manquer de détente ? — Le commandement du repos hebdomadaire vous paraît-il, dans la surcharge de tant d'emplois, maintenu à peu près dans son esprit ?

III. — Quels sont les problèmes qui se posent au moment du retour en communauté, spécialement pour les religieuses pouvant redevenir contagieuses a certains moments ?

a) Les communautés acceptent-elles de les reprendre ?

b) Prend-on assez de précautions vis-à-vis des autres religieuses ainsi que des enfants ou jeunes filles ?

c) Prend-on au contraire trop de précautions au point de rendre oisive et intolérable la vie de la religieuse considérée comme pestiférée ?

d) Donne-t-on à la religieuse encore fragile un régime de vie religieuse et apostolique au-dessus de ses forces ?

e) Quelles solutions verriez-vous à tous ces problèmes ?

LE POINT DE VUE DE L'AUMONIER D'APRÈS LES RÉPONSES A L'ENQUÊTE

Il s'agit exclusivement, en ce travail qu'a préparé une enquête dont on trouvera le questionnaire ci-dessus, de la tuberculose, plus spécialement de la tuberculose pulmonaire, et de ses répercussions sur la vie religieuse des sœurs qui s'en trouvent atteintes.

En fait, on s'en aperçoit très vite; ce n'est pas là un problème particulier mais un aspect seulement de cet autre, beaucoup plus important : de la valeur de la formation religieuse en notre temps, de la mentalité qu'elle suscite, des défaillances qu'elle peut présenter. Car la vie est une : tant vaut la vie spirituelle d'une sœur, tant vaut sa réaction en face de la maladie.

Nous avons écrit le mot « défaillances ». Retenons-le, mais relevons sans attendre les progrès considérables accomplis au sein des diverses communautés pour l'accueil, le soin et le reclassement de leurs malades. Si, à la suite des prêtres, médecins et religieuses qui ont répondu à notre questionnaire avec une ouverture à laquelle nous rendons hommage, nous nous montrons précis, voire sévère dans l'énoncé des lacunes et l'exposé de nos vœux, c'est parce que la compréhension déjà montrée autorise tous les espoirs.

C'est aussi parce que la difficile situation de l'état religieux en notre temps, la défaveur — injuste — dont il est frappé, nous commandent une exigeante lucidité en ce qui concerne les remèdes susceptibles de lever ces difficultés, d'annihiler cette défaveur. C'est surtout parce qu'il

s'agit là de ce jardin secret où le Seigneur se complaît, et que rien de ce qui touche son avenir ne saurait laisser indifférent un cœur qui se veut fidèle.

La qualité des réponses reçues (plus de quarante) dénote enfin que la question : vie sanatoriale et vocation religieuse, est posée, en passe d'être résolue, et retentit très vivement dans les âmes.

Une remarque préliminaire s'impose : les progrès de la technique médicale, de l'hygiène collective, pourraient donner à penser que la tuberculose est vaincue. Il est vrai qu'on en meurt de moins en moins; il est vrai que la durée des traitements, quand le mal a été discerné à son origine, s'est abrégée. Il serait prématuré de chanter victoire. Une atteinte de tuberculose pulmonaire, même légère, demeure chose sérieuse; une atteinte de tuberculose mixte est très fâcheuse et fréquente; et, malgré les possibilités de traitement à domicile ou à l'hôpital, le repos sanatorial demeure une arme qu'on ne peut se permettre de négliger. Ajoutons à cette notation que l'usage de plus en plus courant — et très souvent obligatoire — de la radio systématique, fait reconnaître des malades dont l'état serait passé inaperçu voici seulement dix ou quinze ans et aurait donné par la suite les plus fâcheuses surprises, alors qu'aujourd'hui cela aboutit tout simplement à une hospitalisation plus rapide et à un traitement approprié : la clientèle des sanas change, on ne peut dire qu'elle diminue encore.

Observons enfin que les réflexions qui vont suivre ne sauraient être dissociées de ce fait qu'il s'agit de malades; autrement dit, elles ne sauraient constituer comme telles un jugement d'ensemble sur la valeur de la vie religieuse aujourd'hui. On ne juge pas d'un soldat uniquement sur son comportement à l'hôpital, pas davantage d'une religieuse.

Dans le cours de cet exposé, nous traiterons successivement en nous inspirant du questionnaire :

I. — D'un sanatorium pour religieuses?

II. — Vie religieuse et vie sanatoriale.

III. — Quelques aspects particuliers de la vie sanatoriale des religieuses.

IV. — Conclusions en manière de vœux.

I

D'une maison de cure pour l'ensemble des religieuses

Une telle fondation paraît présenter bien des avantages : il est certain que l'hospitalisation en sanas publics, parfois en dortoirs de vingt-quatre lits, est très pénible à des religieuses et préjudiciable à leur vie spirituelle : l'impossibilité quasi absolue de silence et d'isolement, la vulgarité trop fréquente des conversations et des émissions de radio, tout cela, et la différence radicale de leurs préoccupations et de celles des personnes « du monde » qui les entourent, constitue une atmosphère dont elles ne peuvent pas ne pas souffrir.

Mais les conditions qu'offrent les établissements sont variées et ne présentent pas nécessairement les mêmes aspérités. Bon nombre de maisons dites « privées et agréées », voire certaines maisons départementales offrent d'autres possibilités. Et l'existence et le fonctionnement d'un certain nombre de petits sanas fondés par certaines congrégations pour leurs seules malades, si elle a donné de bons résultats, n'impose pas nécessairement sa généralisation.

Examinons d'un peu plus près ces appréciations.

Si l'on devait se décider à construire ou aménager un sanatorium qui serait pour les religieuses ce que Thorenc est pour le clergé, il faudrait bien prendre garde à l'établir en un site et un climat favorables au traitement de toutes les formes de tuberculose : pulmonaire, osseuses, mixte, sous peine de n'obtenir qu'une demi-solution au problème de l'hospitalisation; par ailleurs, il le faudrait doté d'un centre chirurgical complet, ce qui, comme installation et comme personnel chirurgical, n'est pas de réalisation très aisée et, en tout état de cause, est extrêmement coûteux.

Le recours à l'équipement existant ne permet-il pas, à des conditions que nous examinerons, de se dispenser d'un tel effort? Il permet de donner aux religieuses malades l'occasion d'un élargissement de leur horizon, et

demain plus qu'hier, nous l'espérons, la chance d'un témoignage apostolique non négligeable.

Inconvénients à prévoir d'un établissement général.

Là où des religieuses de sociétés différentes sont groupées, il est difficile de faire régner l'harmonie.

Quelque regret qu'on ait à le constater, trop de religieuses ne paraissent guère exercées au support mutuel, et moins encore à la compréhension concrète et quotidienne de modalités de vie religieuse différentes de celles qu'elles ont suivies.

Elles ont toujours tendance à suivre leur seul règlement de communauté, sans égard pour la nécessité du règlement sanatorial ni pour le bon ordre de leur vie associée à d'autres consœurs vivant d'un autre rythme en temps normal.

Plus grave : il se rencontre des contemplatives qui sous-estiment les actives; des enseignantes qui considèrent avec condescendance les hospitalières, tout en s'accordant avec elles pour regarder de haut les sœurs des paroisses, et plus encore les « petites bonnes » des séminaires...

Dans les maisons où de tels groupements se trouvent réalisés, les heureux résultats ont été dus, — quand ils ont été obtenus, — à l'exceptionnelle qualité des supérieures ainsi investies de si délicates responsabilités.

Mais, d'une communauté bigarrée de cent ou cent cinquante religieuses, qui sera élue, acceptée, imposée comme supérieure ?

Quel aumônier acceptera de démêler tant de spiritualités différentes, d'éclairer des consciences si diversement orientées ?

Quel nombre de confesseurs ordinaires et extraordinaires l'évêque devra-t-il trouver pour satisfaire ce monde légitimement exigeant ?

L'expérience du camp de Vittel où, pendant la guerre, furent groupées et internées les religieuses de certaines nationalités étrangères n'est guère encourageante.

Inconvénients de trop petites Maisons.

La tendance la plus fâcheuse en est celle qui conduit les religieuses à s'isoler et à vivre sur elles-mêmes : en telle de ces maisons, d'une quinzaine de malades, les visites sont interdites : ce sont plutôt des maisons de *réclusion* que des maisons de santé, et ce, au grand dam de la santé physique et morale des pensionnaires.

Par ailleurs, les charges sont difficiles à répartir sur le petit nombre de religieuses valides et le rythme des exercices en commun tend toujours à se rapprocher de celui des maisons normales : là encore, surcharge et fatigue.

Doit-on souhaiter alors la fondation d'établissements de moyenne importance, destinés à des communautés présentant entre elles des affinités de vocation et de spiritualité ? enseignantes avec des enseignantes, missionnaires avec des missionnaires ?

Mais échapperaient-elles aux difficultés que susciterait la fondation, écartée ci-dessus, d'un établissement général ?

Il semble, de l'aveu de beaucoup de sœurs malades, que l'hospitalisation en maisons agréées, tenues de préférence par des religieuses, présente beaucoup d'avantages.

Il semble aussi que le besoin le plus impérieux serait celui d'une maison de post-cure : nous exprimerons ces desiderata en nos conclusions; disons dès maintenant que la supérieure d'une maison de ce genre, ayant affaire à des convalescentes, pourrait se montrer plus exigeante, ce qui diminuerait la portée des heurts et voisinages soupçonneux, et les sœurs y auraient entre elles ce lien puissant du travail : à l'hôpital de Nantes, qui sert d'hôpital-école à plusieurs sociétés hospitalières de l'Ouest, l'entente est assurée, et très facilitée, par le travail commun. Il y a là une base naturelle à l'esprit de collaboration que l'oisiveté sanatoriale ne saurait fournir.

II

Vie religieuse et vie sanatoriale

Un peu de « psychologie ».

Toute personne entrant en sana connaît des difficultés dont l'intensité et la durée varient selon les tempéraments et les soucis personnels et familiaux.

Il serait anormal que les religieuses ne rencontrent pas quelques difficultés d'adaptation.

Il est certainement anormal qu'elles les connaissent avec une telle acuité qu'on peut se demander si on ne se trouve pas en présence d'une lacune grave et de leur constitution psychique, et de leur recrutement, et de leur formation; en toute vérité, la plupart des aumôniers et des supérieures de sana interrogés l'ont constaté — et les médecins de même : on est tenté de penser qu'on se trouve, chez beaucoup de religieuses, en face d'une *inaptitude radicale à l'adaptation...*

Il semble que ces religieuses aient, plus que d'autres, peine à se mettre en face des ruptures qu'entraîne l'hospitalisation et, plus que d'autres, peine à réagir contre la maladie; on cherche souvent en vain leurs sources d'énergie vitale; on cherche les points d'appui d'une cure qui se veut aussi morale que physiologique... hélas!

Leur situation est exempte des soucis qui hantent les personnes mariées, laissant derrière elles un foyer à l'abandon; on en entend dire, par exemple, que cette épreuve des foyers est peu de chose à côté de la séparation d'avec l'Époux. Une vraie vie de prière et une acceptation de leur épreuve ne leur permettent-elles pas, au contraire, de demeurer, pour l'essentiel, avec le Christ?

Lors même qu'elles sont résolues à guérir, certaines religieuses comprennent mal l'inévitable tension entre la volonté de guérison — forme quotidienne de l'espérance — et la nécessité d'intégrer ce séjour sanatorial, cette mise hors couvent, dans leur vie religieuse elle-même. Encore qu'aujourd'hui les supérieures ne rencontrent plus les difficultés d'autrefois à faire soigner en dehors des communautés les sujets malades.

Avides de protection, ou trop promptes à la prodiguer à autrui, qui le plus souvent ne leur demande rien, ces religieuses sont également malhabiles en cette vie nouvelle qui, plus ou moins consciemment, leur apparaît beaucoup plus une résurgence d'un monde mauvais et abandonné qu'une occasion providentielle d'y porter Notre-Seigneur et d'y vivre sa volonté.

Les « petites natures » ont la tentation de se grouper, de s'isoler en petits groupes, entretenant volontiers une manière de narcissisme : jamais on ne s'occupe assez d'elles, ni le médecin, ni l'aumônier.

Peu entraînées à une vie personnelle, et privées du soutien des horaires communs en leur société, elles vacillent; du moins ces vocations qui sont nées d'une fuite du monde, d'une peur inavouée ou de toute autre motivation équivoque.

Il est très difficile de faire saisir à ces religieuses qu'elles ne sont plus soumises à leurs observances de règle, mais d'abord au *règlement de la maison*, aux exigences de soins, et qu'elles ne sauraient sans fatigues abusives vivre comme au couvent. Par contraste, on les voit souvent en prendre et en laisser avec le règlement hospitalier, se montrant même parfois les plus indisciplinées des malades.

Autant l'on comprend le chagrin de la rupture d'avec la vie choisie et aimée, la souffrance d'une vie où le recueillement peut être devenu difficile, autant l'on s'étonne — et par là, je veux dire : autant prêtres et médecins, personnel et malades s'étonnent — de ces lacunes d'ordre humain qui, si elles ne sont pas le fait de la totalité des sœurs en traitement, sont cependant relevées avec trop de précision, et sans concert, pour ne pas retenir l'attention des supérieures.

Spiritualité.

Le paragraphe ci-dessus le montre assez : c'est d'abord une question de formation ou disposition spirituelle qui se trouve posée par ce révélateur qu'est la découverte de la maladie avec ses conséquences inattendues dans la vie des sœurs.

En fait, on peut dire, non pour le regretter mais, au contraire, pour s'en féliciter, que la maladie et le séjour sanatorial sont pour la plupart l'occasion d'une remise en question de leur vocation; il dépend d'elles, et de tous ceux et toutes celles qui ont mission auprès d'elles, que cette remise en question tourne à la gloire de Dieu : sens plus lucide des réalités humaines, conscience avivée de l'amour de Dieu, de sa volonté, expérience de la souffrance des autres... Tel est pour les meilleures le bénéfice de l'épreuve sanatoriale. Dieu nous aide et les aide à ce qu'il en soit ainsi pour toutes.

En cet esprit, poursuivons notre analyse.

a) *Témoignage unanime.*

De quelque ordre ou société qu'elles soient, nos religieuses professent à l'égard de la *Sainte Messe*, et de la Communion, et de la visite à Jésus Hostie, une fidélité exemplaire : c'est bien là le centre de leur vie; d'aucunes poussent même cette perception si loin qu'elles considèrent que, et cette messe, et cette communion, leur sont un droit du chef de leur vocation, et non une inestimable faveur dont elles doivent se montrer dignes... et malheur à l'aumônier qui leur rappellera la foi vécue et la charité qui doivent de toute nécessité accompagner cette vie sacramentaire et eucharistique.

Constatons que, sur ce point, leur vie spirituelle, si elle peut appeler des lumières complémentaires, est justement orientée.

Nous n'en serons que plus libres pour signaler les points sur lesquels l'expérience de la vie sanatoriale suggère des nuances, des précisions, voire de véritables redressements.

b) *Vie intérieure.*

Dans l'immense majorité des cas, elle est trop confondue avec les « exercices ». Ici, nous nous permettrons de citer intégralement quelques chapitres de la réponse d'un prêtre fort expérimenté, riche de nombreuses années au services des religieuses malades. Si plus d'un de ses confrères ne partagerait pas son optimisme sur la liaison

« Vie intérieure, exercices », ses propos n'en vont pas moins au centre de notre étude.

Il ne me semble pas que la vie religieuse actuelle soit tellement basée sur les dévotions... on sent qu'il est beaucoup insisté sur la fidélité à des pratiques de règle, mais cela est bon; de même, on sent une *formation théologale* plus réelle, mais encore bien imparfaite. Personnellement, je ferais de gros reproches : c'est trop centré sur soi et pas assez sur l'Église; trop sur la sanctification personnelle, pas assez sur le règne et le royaume de Dieu, sur l'Église; plus sur une fidélité à des actes qu'à une animation de ces actes par un amour de Dieu tel celui du Christ, et par un amour des âmes telle la volonté du royaume du Christ.

La religieuse est épouse du Christ, oui, mais en participation de l'Église qui seule est l'Épouse; or, il y a un danger sur ce point pour une âme féminine : c'est de réagir en femme individuelle; sa générosité pourra en être enrichie, mais viennent les épreuves, qu'est-ce qui rendra compte de la valeur de cette consécration jadis tant aimée ?... La maladie est une de ces épreuves, celle-ci tout spécialement, car l'âme féminine aime traduire son amour en actes, et ici les actes manquent, faute du travail aimé et choisi.

D'autre part, *la vie trop occupée* qui a précédé n'a pas laissé assez de temps pour développer une vie intérieure profonde, accaparée qu'elle fut par des tâches matérielles ou l'intensité des responsabilités.

En conséquence, leur *utilité de religieuse* risque de leur paraître plus liée au travail qu'elle font — et donc, la réalisation et la satisfaction qui découlent de leur vocation, plus liées au travail fait — qu'à leur être de « consacrée ».

On retrouve cette conception lors de leur retour à la santé : telle ne comprendra pas et n'acceptera pas qu'on la mette à éplucher des légumes ou repasser du linge, car « sa vocation » dira-t-elle, c'est « de soigner des malades ». Le sana va donc les désaxer, puisqu'elles ne font plus ce qu'elles avaient jugé être leur raison d'être et de vivre, oubliant que cette raison d'être est d'abord non le travail fourni, mais leur consécration religieuse.

Il est donc nécessaire de donner aux religieuses, et aux futures religieuses, une notion plus profonde de l'*état religieux* : qu'elles apprennent à ne pas voir l'état religieux comme la satisfaction de leurs aspirations, mais comme la réalisation au nom de l'Église, en elles et par

elles, du retour à Dieu de toute la création. Vie centrée sur Dieu, et non sur elles-mêmes.

c) *Autre point* :

La conception qu'elles ont ou doivent avoir des *pécheurs*. Trop sont enclines à estimer beaucoup une fille pieuse, parfois se laissant abuser par elle, et à mépriser telle qui a réellement, ou prétend avoir péché. Or, Jésus est venu pour des pécheurs, et son royaume sur terre est royaume de pécheurs, qui ne cachent pas leur péché sous de vaines apparences : tôt ou tard, ils apparaîtront comme ils sont. La vocation religieuse est pour un royaume de pécheurs... Que sait donc de catéchisme élémentaire cette supérieure de sana de soixante lits qui classe toutes et tous selon ce qu'elle flaire en eux ou en elles de péché mortel ? Et se refuse au contact humain avec les pécheurs ? Faut-il avouer qu'elle voit peu de monde et ne fait guère désirer le royaume ?

d) *Leur théologie de la souffrance*

semble se résumer en quelques phrases, malheureusement dangereuses pour le prochain, et très souvent aussi pour elles-mêmes :

Votre épreuve, c'est Dieu qui l'a voulue...
C'est Dieu qui vous punit...
Il faut croire que le bon Dieu vous aime bien pour que vous souffriez à ce point...
Rien n'arrive que selon l'ordre ou la permission de Dieu.

Phrases qui ont perdu leur véritable sens chrétien et poussent à la révolte; qu'on y prenne garde : ceci est très grave, surtout dit par des religieuses.

Nous arrêtons ici la recension de notre confrère aumônier.

e) *Défaillance de la charité fraternelle* :

La difficulté de faire vivre en bonne harmonie des religieuses de sociétés différentes a fait écarter, pensons-nous, la fondation d'un établissement commun : on doit tenir compte de cette donnée de fait, on ne peut l'accepter comme définitive. Répétons-le : il est anormal que des

femmes, par ailleurs admirablement dévouées à leurs élèves ou leurs malades et capables de bien des sacrifices, se révèlent inaptes à une vie fraternelle entre religieuses.

Il y a encore, dans certains Instituts, une altération grave de la charité : en trop de maisons de formation on enseigne encore, sous couleur d'esprit de famille, un particularisme étriqué, disons le mot : un orgueil ou une vanité d'ordre, alibi et refuge des sentiments les plus mesquins; il n'est pas acceptable que, réunies entre elles comme j'en ai fait l'expérience, des sœurs hospitalières fort dévouées n'aient rien trouvé à se dire et soient restées les unes en face des autres muettes et réprobatrices. « Nous n'avons pas le même esprit », disent-elles : alors, c'est qu'elles n'ont pas été baptisées et confirmées, ou qu'a été oblitérée en elles la présence de l'Esprit. Qu'on ne s'y trompe pas : renoncer à l'Établissement commun est une chose, accepter certains des motifs qui fondent cette renonciation est une toute autre chose : nous ne saurions y souscrire.

f) *Des vœux et de la vie sanatoriale.*

Il faut en saisir toujours plus profondément l'esprit et en accepter les modalités qu'autorisent les supérieurs. Expliquons-nous et prévenons toute équivoque :

La Pauvreté religieuse, en sana populaire, s'avivera de la connaissance intime des vraies conditions de vie, si souvent rencontrées dans le monde. Par contre, elle devra se concilier avec un assouplissement des règles, par exemple en ce qui concerne l'*argent de poche* : il ne faut pas qu'une sœur, aux yeux du monde, paraisse mineure et dans l'incapacité de payer ses timbres, voire même son cinéma.

L'Obéissance ne se réduit pas à la dépendance envers les supérieurs religieux, représentés pour une part par l'autorité médicale, son règlement, voire même par l'aumônier. Il y a lieu, nous le dirons, pour les supérieurs d'organiser la vie religieuse de leurs sujets éloignés en fonction des circonstances que Dieu, premier Supérieur, leur procure.

La Chasteté : Ce vœu n'est pas violé nécessairement par des conversations et des émissions radio. Le vœu de chasteté est une chose, la pudeur une autre : souffrir en celle-ci n'est pas en tous les cas violer un vœu; nous dirons la même chose de certaines nécessités médicales. Il est des cas où il peut être bon que les sœurs soient accompagnées au médical par une autre sœur — de préférence la supérieure de la communauté qui soigne : lourde charge pour elle, peut-être, mais c'est là une sage démarche, et finalement comprise par les médecins. Nous souhaitons également que les vêtements de dessous des religieuses soient d'un mode plus moderne de manière à éviter des étonnements, des sourires inutiles qui font souffrir les sœurs.

Nous avons loyalement poursuivi cet « examen de conscience » : n'omettons pas de le redire : plus d'une religieuse vraiment religieuse a pu le dire après ses années sanatoriales : je suis heureuse d'avoir été malade; et le même témoignage, que prononcent souvent de simples fidèles, pourquoi ne travaillerait-on pas à le rendre possible à toutes ces femmes généreuses ? (voir notre appendice à cette partie.)

Le rayonnement de leur vie s'en trouverait décuplé pour le meilleur progrès du Royaume des Cieux. Et ici nous abordons sans rupture cette troisième question de notre deuxième partie :

Témoignage et contre-témoignage.

En établissement public ou privé, mêlées aux laïcs, les sœurs malades né portent pas toujours témoignage. Pourquoi ? Procédons par élimination, en citant un autre aumônier d'établissement :

> Les sœurs malades, pour les autres malades, sont consacrées à Dieu, elles n'ont plus la même façon de voir les

choses, elles sont en dehors de la vie. Elles se remarquent à leur piété, aux formules de prière qu'elles doivent réciter, parfois à un esprit étroit; elles font un peu « vieux jeu » et ne comprennent pas la jeunesse.

Les plus désemparées sont les sœurs *bonnes filles* venues de la campagne, ou qui sont sorties d'un milieu qui les a préservées ou qui les a conservées dans « l'enfance » : parents tyranniques et attardés, orphelines passées au noviciat et à la vie religieuse. Scandalisées de tout, elles sont vraiment inassimilables. Elles portent vraiment un contre-témoignage.

Il faut leur joindre les religieuses qui semblent être entrées en religion par incapacité de trouver une situation dans le monde. Elles symbolisent alors la religion, ou ce que l'on devient lorsqu'on la pratique; elles symbolisent sûrement l'opinion que le monde — trop souvent — se fait de la vie religieuse. Ce sont, parmi les malades, les plus bavardes, qui parlent de leur congrégation, de leurs supérieures et de leurs défauts, de leurs souffrances dans la vie commune, de leur maladie (aucun détail n'est épargné et leurs voisines n'ont plus à se plaindre car, elles, elles ont eu toutes les maladies, et les souffrances des autres ne sont rien comparées aux leurs...).

Portrait chargé ? pas même... Il nous aide à discerner les conditions humaines et surnaturelles grâce auxquelles le séjour sanatorial d'une sœur peut avoir valeur d'un témoignage.

Et soyons juste : une réelle *pauvreté de moyens humains* n'empêche nullement de servir le Seigneur : telle sœur, aveugle et discrète, par la grâce de son seul et constant sourire, fit plus pour faire aimer le Seigneur dans la maison où elle se soigna deux ans, que tous les discours et nobles propos de M. l'Aumônier. A son départ, ce fut une émouvante manifestation de respect et de sympathie, tant des malades que du personnel : la chère petite sœur, « benoîte et discrète personne » s'il en fut, ne s'était jamais doutée que sa piété sans bigoterie, sa sérénité jamais démentie avaient tant rayonné.

Chacune selon sa *grâce*, plus d'une a donné le même témoignage : services rendus, cours, catéchisme, tact à proposer leur amitié... et toujours ce refrain des témoins : les sœurs sont bienfaisantes en proportion de leur *discrétion* et de leur charité. Cette discrétion interdit toujours

le bavardage, cette plaie féminine, que nul ne s'attend à retrouver si répandue chez des consacrées. Elle interdit le *zèle* : la manie dévorante de certaines religieuses de faire de la direction, d'élire des protégées, d'intervenir pour édifier. Le monde n'accepte plus ce zèle; on peut le regretter, il faut en tenir compte et aimer les gens tels qu'ils sont.

La discrétion encore interdit la familiarité et implique toute une éducation de la simplicité : tout ceci n'est pas hors de la portée d'une maîtresse des novices qui doit viser à former des femmes complètes.

D'aucuns, déçus du petit nombre de sœurs qui portent ainsi témoignage, observent qu'on ne peut exiger d'une postulante qu'elle soit apte à la fois à la vie commune cloîtrée, par exemple, et à la vie au milieu des païens; que la vocation missionnaire est très particulière, que Dieu demeure libre de ses dons, et que bien d'excellents prêtres n'auraient pu soutenir les risques de la mission ouvrière. Oui, bien sûr; mais les vertus qui fondent le témoignage sont d'abord des vertus que j'oserai dire de base : avons-nous dit autre chose en rappelant cette attente des profanes : simplicité, discrétion, charité ? Quelle vie de communauté peut-on établir hors de ces qualités ? Nous avouons ne pas le saisir; et qui peut dispenser des consacrées, même cloîtrées, du commandement de l'amour fraternel ? Ce sera rendre hommage au bien accompli par des sœurs dont tout aumônier a connu quelques personnalités, que de travailler à promouvoir des continuatrices de leur action : les sanas y gagneront, et les cloîtres et les noviciats aussi.

III

Quelques aspects particuliers de la vie sanatoriale des religieuses

Des rapports avec le personnel.

Il est équitable et agréable de signaler le respect avec lequel, dans la plupart des établissements, personnel mé-

dical et personnel hôtelier donnent leurs soins ou leurs services aux religieuses en traitement. Bien rares sont les réserves.

La déférence médicale est d'autant plus digne de louange qu'elle s'accorde, le plus souvent, avec une piètre idée du psychisme de leurs clientes religieuses : à leurs yeux, la plupart sont des « psychiques ». Il faut le dire et souligner que ce jugement émane aussi bien de médecins chrétiens que d'agnostiques, de bien élevés que de mal élevés.

Les aumôniers, pour ne pas faire cette appréciation dans les mêmes termes, ne peuvent nier sa réalité.

Quant au personnel de service, il est quelquefois étonné, et aussi scandalisé, des *exigences* de certaines sœurs malades.

En outre, ce qu'il surprend, ou ce qu'on lui fait connaître de la vie de communauté ne l'édifie guère.

Par contre, il comprend fort bien la réserve, l'apprécie, et la simplicité nuancée de cette belle vertu lui paraît devoir aller de soi chez une « vraie » religieuse...

« Il n'y a pas de grand homme pour son valet de chambre » : que Dieu aide à rester à lui, même aux yeux de nos infirmiers.

« *Monsieur l'Aumônier* ».

Encore que son rôle, disons mieux, son ministère ne soit pas toujours très bien compris des sociétés religieuses, il ne laisse pas que d'être important.

Il semble qu'il serait facile de lui assurer une pleine efficacité, à la condition que chacun des intéressés : les supérieures, les sœurs malades... et l'aumônier lui-même, veuillent bien prendre quelques résolutions et se rectifier *in lenitate*, mais aussi *cum amore Dei*.

1. — Commençons par *Monsieur l'aumônier*. Il n'est pas que les sœurs malades à ne pas rencontrer des prêtres qui les comprennent. C'est tout de même un triste paradoxe que la communauté de sœurs malades dont la fidélité et la santé sont le mieux sauvegardées, reconnaisse en toute franchise ne rien devoir à l'aumônier « neuras-

thénique et misogyne »... bien plus fréquemment sont déplorés l'âge et la fatigue ou la maladie qui entravent le ministère de bons prêtres.

Il demeure trop vrai que le clergé ignore souvent l'essence de la vie religieuse, se méprend sur le degré de vertu « acquise » des sœurs dont il a à s'occuper et croit trop vite que tout est fait. Il oublie, alors, qu'elles sont des malades, comme les autres, qu'il n'est pas de bastion que ne guette l'ennemi et qu'il est imprudent et injuste d'exiger des autres la force qu'on se prête (peut-être prématurément) à soi-même...

Cependant, quel bien peut faire aux âmes consacrées un prêtre attaché à ce ministère! elles le lui rendent si volontiers en appui surnaturel. Et, seul, il est vraiment qualifié pour les instruire du milieu où elles tombent, de quelles grâces leur association à la Passion du Seigneur peut leur être source et, par elle, à toute l'Église, de quelle espérance aussi elles ont mission d'être témoins vivants. Au prêtre de discerner les bonnes volontés, de les relever, de les élever.

En tous domaines, il peut beaucoup : mieux qu'un autre il peut reconnaître ce qu'il y a lieu d'adapter des observances de règle, lutter contre les dépaysements du début. Les communautés ont tout à gagner à cet effort tout spirituel à la condition que le prêtre comprenne bien :

qu'à l'égard de la vocation et des dispositions de chacune il a charge de *conservateur* et non de réformateur;

qu'il a devoir de ménager la hiérarchie de valeurs spirituelles qui est enseignée en telle congrégation, et doit de la compléter, peu à peu, avec l'aide de l'Esprit-Saint;

enfin, qu'il doit tout au moins convaincre ses pénitentes de ne pas envisager de modifications à sa « religion » ni aucune décision engageant son avenir en période de crise et d'évolution maladive.

Ces précisions de la vertu de prudence ne sont pas inutiles.

Monsieur l'aumônier enfin doit s'astreindre à une vraie direction de conscience sans jamais l'imposer. La direction de conscience est pour lui un devoir qu'il ne peut refuser à qui la lui demande; ce n'est jamais pour lui un droit. Il doit appeler avec joie le plus possible de confes-

seurs extraordinaires, connaissant si possible la vie religieuse et les conditions de vie au sana et faire effort d'enseignement par entretiens spirituels et conseils de lecture, voire en organisant une bibliothèque de spiritualité.

2. — *Les supérieures* : du moins, si elles le veulent bien, car combien de supérieures ignorent pratiquement l'aumônier des hôpitaux ou établissements. Un prêtre, aumônier chevronné de sana, précise qu'en dix ans, ayant eu à s'occuper de religieuses appartenant à une dizaine de sociétés variées, il n'avait entendu qu'une seule fois une supérieure lui dire : « Je vous confie notre sœur... » L'histoire ajoute que ladite supérieure et la sœur malade n'avaient pas eu à le regretter.

Mais il arrive que des supérieures, en visite, négligent d'aller saluer l'aumônier.

Un contact personnel serait cependant très souhaitable :

Avant l'admission : pour s'informer de la convenance de l'hospitalisation dans l'établissement envisagé.

A l'arrivée : pour accréditer le ministère du prêtre auprès de la malade.

A la sortie : pour non pas provoquer une violation du secret des consciences, mais pour organiser la convalescence sur tous ses plans : le rythme communautaire, même spirituellement, est lourd à qui vient de vivre quelques mois ou années de sana.

3. — Il va de soi que les *sœurs elles-mêmes*, en ce domaine, peuvent... presque tout.

D'aucunes se dispensent d'accepter les avis de leur aumônier : « je demanderai à ma supérieure ». Certes, celle-ci conserve tous ses droits et ses devoirs; mais il est des points de détails que la sagesse conseille de laisser au jugement de la Sœur et de l'Aumônier.

Encore ce refus est-il préférable à un acquiescement de façade associé à une consultation clandestine de la supérieure : il ne peut résulter que contradiction et ambiguïté.

Le Seigneur trouve certainement mieux son compte à une collaboration qui, dans le respect des consciences,

s'efforce de tenir compte de tous les éléments qui peuvent nous être donnés de connaître la volonté de Dieu.

Soutien des malades.

Le soutien par l'état-major de la maison d'accueil ou la communauté qui la dessert est important : plus important encore le soutien de la religieuse malade par la communauté à laquelle elle appartient.

Lorsque ces deux éléments s'accordent dans une bonne volonté commune; lorsque la supérieure locale et l'aumônier sont en rapport confiant avec la supérieure de société,

— les vocations, loin de s'altérer, s'approfondissent,
— la fidélité s'affermit,
— les âmes montent.

Combien doit-on regretter, malgré les louables efforts d'un grand nombre de congrégations, que des sœurs malades aient encore à souffrir d'abandon : part faite aux exigences de sensibilités malades, il est vrai que les lettres reçues de la maison de famille sont bien rares — parfois trois mois ? — les colis plus encore — jusqu'à un an… — les visites espacées et sans chaleur.

Les moins favorisées paraissent encore les *postulantes* : chambrées, plutôt qu'épaulées, elles ne peuvent guère s'attendre qu'à être rendues à leurs familles; est-ce pour cela qu'on leur témoigne si peu d'affection ?

« Il faudrait que les supérieures demandent à leurs sœurs malades des intentions de prière sur des points qui les intéressent : les enfants dont elles avaient la charge, des malades, des personnes qu'elles connaissent, des voisins… leur demandent un effort sur un tel point qui leur a été signalé dans une lettre. Les supérieures devraient aussi voir si la sœur malade a du *travail* : tricot, broderie, couture… » on ne saurait mieux dire que le confrère cité déjà plus haut, et à qui nous empruntons ces derniers traits.

Heureuses les religieuses dont la supérieure est vraiment Mère. Et résumons leur sollicitude en cette recommandation d'une d'entre elles à la supérieure d'un sana où l'une de ses filles achevait une cure sans espoir :

« Quand les médecins ne pourront plus rien, prévenez-nous, que nous la ramenions chez nous, pour entourer ses dernières semaines de notre prière et de notre affection. »

Du retour en communauté.

A tout malade, le départ du sanatorium, la reprise de son activité antérieure, au sein d'une communauté nécessairement laborieuse et austère, fût-ce une famille, un atelier, un bureau, inspire une frayeur non dénuée de fondement : à l'entourage familial d'aider à cette rupture, de faciliter les transitions inévitables, d'aider le convalescent à reprendre confiance en ses forces, en la vie, en son milieu antérieur.

Sur ce point, les Congrégations ont fait, dans l'ensemble, des progrès considérables dont il y a lieu de se réjouir. Cet effort, couronné de succès, doit être un encouragement à celles que des phobies injustifiées, ou des impatiences déraisonnables, rendent encore redoutables à leurs convalescentes.

Même — et nous pesons nos mots — même — et il faut le dire — est-il encore des sociétés qui ignorent cette *obligation de droit* : à savoir de reprendre parmi leurs membres actifs les religieuses momentanément écartées par leur santé; nous répétons : obligation de droit naturel, comme à une famille de ne pas « laisser tomber » les leurs à leur sortie d'hôpital ou de sana.

Aucune phobie, aucun calcul, aucune excuse ne sauraient délier de cette obligation de conscience que renforcent les liens contractés lors de la profession religieuse... Si l'on peut concevoir — dans leur intérêt — l'éloignement des novices, dissuadées de poursuivre une existence devenue incompatible avec leurs forces altérées, on ne saurait admettre le renvoi des religieuses ayant fait leurs vœux.

Plus, il serait d'une souveraine importance et de stricte loyauté que des supérieures ne saisissent pas le prétexte de la maladie pour se séparer de sujets devenus indésirables pour d'autres motifs, ou inadaptables à toute vie religieuse. Si à l'expérience, un sujet présente des défi-

ciences jugées rédhibitoires, qu'on lui dise les raisons de son renvoi, quitte à encourir ses foudres et sa tenace rancune.

Nous dirons dans un instant les souhaits concrets que l'on formule concernant les modalités de ce retour en communauté. Notre rapport ayant revêtu toute la sévérité que nous devions au sérieux du service de Dieu et à la franchise de nos informateurs, nous demeurons libre de remercier les sociétés qui ont compris, et comprennent toujours mieux leur devoir pour le retour à une vie religieuse normale de leurs sœurs éprouvées.

IV

Conclusions en forme de vœux

Vœux d'ordre général.

A. Mieux vaut prévenir que guérir

En dépit des dépistages plus rapides, on relève encore des faits pénibles : il est anormal que dans tel sana, sur dix-sept religieuses hospitalisées en dix ans, toutes soient arrivées dans un tel état de désintégration pulmonaire qu'il ait fallu à toutes pratiquer de grosses opérations : double thoraco, exérèses, pneumectomies, etc.

On peut donc se demander si, dans les sociétés hospitalières et enseignantes, les règlements publics prescrivant des visites régulières sont réellement appliqués.

On doit souhaiter qu'ils soient pris très au sérieux et de même en toute congrégation.

L'observation de ces règles s'impose, doit s'imposer à la conscience de toute supérieure, quelle qu'elle soit.

B. De l'hygiène

On peut citer telle minuscule congrégation dont les membres n'ont droit au savon que le jeudi et le dimanche. Hors de ce « phénomène », il faut dire ici, redire

l'étonnement attristé des médecins devant l'état de *délabrement* psychique et physique dans lequel trop souvent leur arrivent les religieuses.

Supérieures de sanas, aumôniers, infirmières le remarquent tous. Les religieuses sont *déshabituées du sommeil.* Le rythme haletant de leur service, hospitalier ou enseignant, a « claqué » leur système nerveux. Au profit de qui ?

Plus encore, le commandement divin du repos hebdomadaire est tranquillement, j'allais dire, religieusement violé dans beaucoup de congrégations.

Cette violation, inconsciente ou acceptée, est peut-être une des raisons de la crise de recrutement des congrégations. Dieu a fait ses lois même pour les consacrées.

Cette absence de repos hebdomadaire, cette impossibilité d'organiser des *vacances* (les retraites sont considérées comme telles dans un très grand nombre de sociétés), l'équilibre, c'est-à-dire l'efficacité spirituelle et humaine des sœurs est à ce prix.

Ces exigences sont le minimum vital que réclament les conditions de vie actuelles.

C. Du recrutement

Les nécessités apostoliques s'opposeraient à ce minimum vital : il faut garder les institutions dont charge fut prise au temps où la société disposait du double ou du triple de sujets. Alors la tentation surgit d'accepter au noviciat le « tout venant ».

La connaissance des sœurs hospitalisées dénonce le malfondé et la malfaisance de ces manières de faire.

Pour tenir des emplois qu'après tout, — je parle par exemple des maisons d'éducation, ou des hôpitaux — bien des personnes du monde pourraient tenir, y trouvant un gagne-pain dont elles ont besoin, on court le risque de discréditer la vie religieuse et d'en oublier la raison d'être : la gloire de Dieu, qui n'a jamais été indifférente aux moyens.

Pour cette raison première, et pour l'avenir des sociétés en cause, il est urgent que les tâches apostoliques ne soient pas préférées à la valeur et au respect de la consécration à Dieu.

Trop d'admissions imprudentes « pour faire nombre ».

Trop de pauvres épaves, laissées pour compte d'un recrutement aveugle.

Trop de générosités abusivement utilisées et prématurément annihilées : le surnaturel ne couvre pas toutes les imprudences.

D. Formation plus théologale

Le mouvement qui y tend est très encourageant.

Vœux : que soient extirpés, au sein des noviciats, ces orgueils de congrégations, ces parti-pris, guère plus dignes d'intérêt que les vanités humaines... et qui étouffent la charité fraternelle.

Que les méthodes d'*action catholique* soient prises en considération, et les sœurs ne donneront pas l'impression de « chercher à avoir » les gens.

Que la lecture de l'*Écriture Sainte*, qui commence à se répandre, soit reprise et expliquée, au lieu et place de la littérature des petits livres de dévotion.

Pour tout dire, que dans leur vie religieuse les sœurs soient mises à même de poser des *actes humains* : c'est-à-dire conscients et libres. Leur foi, leur charité, leur prière y gagneront.

Vœux d'ordre particulier.

En ce qui concerne l'hospitalisation :

A) Un grand nombre d'établissements publics ou privés sont susceptibles d'accueillir des sœurs malades en de bonnes conditions cliniques et morales : ne pourrait-on pas, par un organisme central, *renseigner* les communautés sur les maisons qui, région par région, présentent les meilleures garanties, voire s'informer auprès de l'aumônier de l'établissement indiqué par l'A.M.G. ou la Sécurité Sociale[1] ?

1. Cet organisme existe, c'est l'Union des Religieuses d'action hospitalière et sociale, 175 boul. Saint-Germain, Paris. (N.D.L.R.)

B) Durant l'hospitalisation.

Que les supérieures maintiennent le contact avec leurs sœurs hospitalisées : lettres, visites, colis, secours :

Qu'elles veuillent bien se mettre en rapport avec l'aumônier, comprendre les adaptations de règle nécessaires.

Qu'avant le départ, si possible, elle s'entretiennent avec la direction médicale des conditions et étapes de la convalescence.

C) Après l'hospitalisation.

Que des *instructions précises* sur les ménagements à garder soient données aux supérieures des sœurs convalescentes, très particulièrement en ce qui concerne le *chauffage*, le sommeil et la nourriture. Qu'elles ne donnent pas trop de travail.

Qu'elles obtiennent des intéressées de se contenter du petit emploi qu'elles occuperont le temps que Dieu voudra.

Que dans le cas extrême d'impossibilité de garder le sujet les *vraies raisons* lui soient fournies.

D) Plutôt qu'une maison qui serait à nos Sœurs ce que Thorenc est au clergé, que soit envisagée une maison de *post-cure* sur laquelle nous joignons une note détaillée : allégeant la tâche des sociétés, elle aiderait à la récupération totale des religieuses malades.

Car nous ne saurions conclure autrement qu'un de nos correspondants : « On ne fera jamais trop pour sauver des santés et des vocations si précieuses à l'Église. »

UN AUMÔNIER DE SANA.

APPENDICES

Un exemple d'une religieuse malade en sanatorium.

Une religieuse, traitée pour tuberculose mixte, est arrivée au sanatorium accompagnée par deux de ses sœurs, dont une supérieure. Dès son entrée dans la maison, les supérieures ont, en accord avec moi, établi pour elle un règlement qui prévoyait tous les détails de sa vie re-

ligieuse; par exemple, en ce qui concerne le vœu de pauvreté, il avait été précisé que la communauté remettait une somme d'argent à l'aumônier et que la sœur lui demanderait conseil pour engager ses dépenses, tout en continuant à les soumettre à ses supérieures.

La sœur, complètement immobilisée et placée avec d'autres malades, est restée très fidèle. Elle a toujours été très suivie par sa communauté; les supérieures l'ont toujours beaucoup entourée. Elle a prononcé ses vœux perpétuels dans l'oratoire de l'établissement.

D'une Maison de post-cure pour religieuses.

Cette fondation paraît nécessaire : la réadaptation des malades atteintes de tuberculose osseuse ou pulmonaire, ou mixte, pose en effet bien des difficultés que l'on ne peut espérer résoudre en des résidences normales.

Or, les hôtels de cure et les post-cures, ouverts depuis quelques années, permettent aux malades qui n'ont plus besoin de sanatorium, convalescentes et non contagieuses, de passer par un stade intermédiaire d'entraînement avant de reprendre une vie normale.

Les hôtels de cure pour femmes sont peu nombreux et l'ambiance qui y règne ne convient pas, en général, aux religieuses. Il semble que l'ouverture d'établissements fonctionnant conformément au décret n° 48-86 du 12 janvier 1948, recevant des religieuses, serait très utile.

On pourrait étudier aussi l'application aux religieuses de la formule de la post-cure du clergé.

Ces établissements recevraient les religieuses qui ne sont plus justiciables d'un traitement en sanatorium et qui ont encore besoin d'un repos qu'elles ne trouveraient peut-être pas dans leurs communautés.

Ils recevraient aussi les religieuses, de plus en plus nombreuses, qui, après un traitement en milieu hospitalier ou en clinique, ne sont pas contagieuses mais ont encore besoin de consolider leur guérison.

Les frais d'installation et de fonctionnement de ces maisons (moins élevés que ceux des sanas) ne seraient pas une charge puisque le prix de journée permettrait d'assurer l'amortissement et la gestion dans de bonnes

conditions. Il est bien entendu qu'ils devraient avoir l'agrément du ministère de la Santé Publique conformément au décret du 12 janvier 1948.

Dans la région des Escalades, deux hôtels de cure agréés, l'un ouvert par les Frères des Écoles chrétiennes, l'autre par les Rédemptoristes, fonctionnent fort bien. Renseignements auprès du Cher Frère Supérieur, 78, rue de Sèvres, Paris, et du Supérieur de la Maison Saint-Joseph, à Ur, Pyrénées-Orientales.

Maisons analogues pour religieuses : Massac Seran, par Lavaur, Tarn — où la congrégation des Pauvres filles de Jésus travaille à ouvrir une maison de post-cure, régie par la législation des hôtels de cure. On peut se mettre en rapport avec la supérieure qui accueillerait volontiers des religieuses d'autres congrégations.

LE POINT DE VUE DU MÉDECIN

Le problème qui concerne la tuberculose pulmonaire chez les religieuses est essentiellement d'actualité en raison des conditions nouvelles de prophylaxie et de traitement, et pourtant il ne paraît pas avoir été suffisamment compris ou approfondi, dans certains milieux tout au moins.

Du point de vue médical, les règles de conduite sont relativement faciles à formuler et à suivre dans la majorité des cas. Les conseils et les directives n'ont pas manqué sous forme de conférences et d'articles. Mais on se fatigue parfois à entendre répéter les mêmes choses, mieux vaut encore les fixer par écrit.

Du point de vue des communautés religieuses, il faut rendre justice à beaucoup d'entre elles qui ont pris le problème à cœur et facilitent le rôle des médecins. Par contre, d'autres ne semblent pas avoir envisagé la gravité du problème et les responsabilités qui en découlent. Tout se passe comme si elles comptaient uniquement sur la protection d'En-Haut et se détachaient partiellement de la question matérielle de la santé.

Ce point de vue me paraît être erroné et si une formule devait résumer la manière d'envisager cette brûlante question médicale, elle pourrait être ainsi exprimée :

« Aide-toi, le ciel t'aidera pour supporter cette épreuve de la maladie. » N'est-il pas évident que la vie spirituelle aura d'autant plus d'ardeur que la santé sera meilleure et que les soucis de la thérapeutique seront moins absorbants, au cours d'une maladie comme la tuberculose qui nécessite toujours de longs mois de traitement et de surveillance ?

Il est possible actuellement de la guérir et d'en raccourcir la durée, et mieux encore l'éviter. C'est ce que nous voudrions

expliquer aussi brièvement que possible car l'essentiel a déjà été dit dans les milieux religieux : il n'est besoin que de le rappeler et de le préciser.

I

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ET SES FORMES GRAVES PEUVENT ÊTRE ÉVITÉES

Deux ciconstances doivent être envisagées suivant que le problème de la tuberculose est posé avant ou après l'entrée au couvent.

Avant l'entrée au couvent.

La détermination à prendre est capitale suivant que la cuti-réaction est négative, ou suivant que la radiologie est ou n'est pas normale, révélant alors des lésions ou des séquelles de lésions.

C'est dire que de toutes façons *deux explorations s'imposent* et que personne ne doit s'y soustraire dans un intérêt individuel et collectif : la cuti-réaction à la tuberculine et l'examen radiologique systématique.

a) *Toute personne qui désire entrer dans un couvent doit avoir une cuti-réaction positive.*

C'est-à-dire qu'elle doit être relativement immunisée contre la tuberculose, la positivité de la réaction témoignant de l'introduction dans l'organisme de bacilles tuberculeux, soit spontanément au cours des contaminations discrètes de la vie courante, soit artificiellement par la vaccination au B.C.G.

Cette cuti-réaction à la tuberculine qui est tout à fait anodine et qui consiste à déposer de la tuberculine brute sur la peau et à pratiquer une scarification à travers elle, rend, en effet, les plus grands services. Elle doit être relativement superficielle et ne pas faire saigner. Elle doit être lue le quatrième ou le cinquième jour et ne peut être considérée comme positive que si, à l'endroit de la scarification, on aperçoit une

rougeur, et surtout un nodule plus facile à reconnaître au palper qu'à la vue. Cette interprétation doit être faite par un médecin habitué à ce genre d'exploration et à la lecture de tels résultats.

En cas de résultat douteux ou nul, une intradermo-réaction à la tuberculine à dix unités, plus sensible, devra être faite.

La réaction positive à la tuberculose est donc exigible avant l'entrée au couvent. Si la réponse est négative, il faut alors la *transformer en positive* par la vaccination au B.C.G., c'est-à-dire par introduction dans le tissu cutané de bacilles vivants, mais non pathogènes.

Cette vaccination inoffensive est une mesure de sécurité aujourd'hui obligatoire dans les collectivités. J'oserai dire surtout avant l'entrée dans un couvent qui constitue une épreuve non seulement spirituelle, mais aussi physique, qui exige un changement d'existence très prononcé, avec fatigues et privations susceptibles d'être des facteurs aggravants de la tuberculose si celle-ci se déclarait.

Dans plusieurs communautés la vaccination par le B.C.G. est pratiquée au cours du noviciat avec des résultats excellents. De même la revaccination.

Il est bien entendu qu'il ne suffit pas d'avoir été vacciné au B.C.G. pour entrer en communauté; il faut que le vaccin ait donné un résultat positif, ce qui doit être contrôlé par l'apparition de nodules perceptibles au palper, trois semaines après l'opération, à l'endroit des scarifications pratiquées; d'autre part, le virage d'une cuti-réaction à la tuberculine 4 à 6 semaines après constitue un autre contrôle, par l'apparition d'une cuti-réaction positive, témoignant de la réaction vis-à-vis du germe introduit quelques semaines auparavant.

Des séances de vaccination pour les religieuses se font à Paris à l'hôpital de Bon-Secours (Dr Courcoux) et bientôt à l'hôpital Saint-Joseph. Elles se font partout en France dans des dispensaires spécialisés.

L'éloge de cette vaccination n'est plus à faire actuellement. Elle est pratiquée avec succès et sans danger dans tous les pays du monde, grâce à la découverte de Calmette et Guérin qui, après des années de recherches, sont arrivés à cultiver des bacilles vivants mais non pathogènes.

Comme le prouvent les statistiques nombreuses, nous avons donc à l'heure actuelle le moyen d'éviter l'apparition de formes graves de tuberculose, ou même la tuberculose, grâce

à cette méthode qui doit être exigée si la cuti est négative avant l'entrée au couvent.

b) *Toute personne qui désire entrer au couvent doit être examinée systématiquement au point de vue radiologique.*

Une donnée de ce genre ne se discute plus aujourd'hui pour toute personne qui doit faire partie d'une collectivité. Que ce soit dans l'armée, dans une grande administration, dans un ministère, les services rendus par ces examens radiologiques systématiques sont reconnus dans tout le pays : ils permettent de déceler non seulement des formes sérieuses qui auraient pu passer inaperçues, mais aussi et surtout des formes discrètes et circonscrites. Celles-ci ont extrêmement d'importance car, pris au début, ces foyers sont d'autant plus curables que le diagnostic en est plus précoce. Or, ces formes de tuberculose pulmonaire, comme certaines formes plus avancées d'ailleurs, sont en général latentes, c'est-à-dire qu'elles ne se manifestent par aucun signe extérieur, aucun signe fonctionnel, aucun signe d'allure générale. *Ces lésions ne sont décevables que par la radioscopie ou la radiographie*. Il ne faut en aucun cas se laisser influencer par les apparences, même quand celles-ci sont très favorables, car elles sont parfois trompeuses.

Cette notion de la possibilité de rencontrer chez des personnes bien portantes en apparence des lésions tuberculeuses doit être retenue. Elle est classique, depuis de nombreuses années, mais j'ai l'impression qu'elle est très souvent oubliée dans des couvents de religieuses.

Depuis de nombreuses années, j'ai été amené à examiner des religieuses du point de vue pulmonaire et je dois avouer que si les supérieures de certains couvents sont au courant de tels faits et qu'elles en tirent les conséquences en réclamant cet examen radiologique — et clinique bien entendu — avant l'entrée au couvent, d'autres, assez nombreuses encore, admettent des personnes sans examen préalable. Combien de religieuses tuberculeuses ai-je vues au sanatorium de Villepinte qui n'avaient pas été examinées avant leur entrée au couvent et qui, peu de temps après, tombaient malades! N'ai-je pas vu dernièrement encore une religieuse qui avait été malade et qui avait été admise malgré l'existence de lésions plus ou moins stabilisées; elle est actuellement atteinte gravement.

L'examen radiologique et la production d'une radiographie récente doivent être demandés aux postulantes.

L'examen systématique est donc indispensable. Il ne suffira pas, d'ailleurs, à lui seul pour trancher la question; il doit être accompagné d'un interrogatoire minutieux, de la connaissance des antécédents personnels et familiaux, d'un examen clinique et d'examens de laboratoire.

Ces examens complémentaires sont indispensables également car il est bien évident que toute anomalie perçue à l'examen radiologique n'est pas fatalement tuberculeuse. Il faut en faire la preuve, ce qui est l'affaire du spécialiste.

De deux choses l'une : ou bien l'on découvre des lésions nettes, excavées avec bacilles, et la sanction est évidente. Se soigner d'abord et rejeter l'admission à plus tard, après guérison. Ou bien on découvre un foyer non excavé, plus ou moins homogène, sans fièvre, sans B.K. aux premiers examens. Ici la réponse doit être ajournée, car le problème est difficile et consiste à savoir s'il s'agit d'un foyer discret et récent qui nécessite un traitement approprié, ou s'il s'agit d'un foyer ancien et stabilisé. Alors l'admission pourra être discutée et résolue par l'affirmative dans certains cas à condition que toutes les épreuves soient faites, et c'est au spécialiste de peser le pour et le contre, de savoir de quelle communauté il s'agit, quelles sont ses activités, quelles sont ses ressources administratives et comment les règles d'hygiène y sont observées. Le fait que l'Ordre est enseignant et que la religieuse devra être en rapport constant avec des enfants ne serait guère favorable à l'admission dans ce cas particulier, même si les lésions sont minimes.

En réalité, il n'y a que les cas où la radiographie est normale qui ne prêtent pas à confusion et à discussion : avouons qu'ils se présentent souvent.

Les cas précédents, avec découverte d'un foyer même discret et paraissant stabilisé, ne devraient qu'exceptionnellement être admis en communauté car ils sont toujours susceptibles de se réveiller à bas bruit, en sourdine, ce qui constitue un danger pour la personne qui en est porteur et pour l'entourage.

Il ne faut cesser de répéter que minimiser systématiquement de tels foyers discrets parce qu'ils sont trouvés chez une personne de bonne apparence et que les examens de laboratoire sont négatifs au début, constitue une profonde erreur. Dire d'emblée, ou presque, que ce n'est rien ou que ce n'est pas

grave constitue une faute d'expérience et très souvent une erreur de conséquence très lourde pour l'avenir.

Après l'entrée au couvent.

Tout est question d'hygiène et de surveillance.

a) *En matière d'hygiène, alimentation et repos doivent être suffisants.*

L'alimentation devra être suffisante et substantielle pour éviter l'amaigrissement et l'apparition de foyers chez les religieuses trop déprimées et fatiguées.

Le repos, même chez les religieuses, est nécessaire. Beaucoup d'entre elles ne sont jamais assises dans le courant de la journée et piétinent. Ce repos ne sera pas un mythe et surtout dans certaines communautés où les religieuses sont plus exposées et soignent des malades et même des tuberculeux, ce repos devra être complet, avec changement d'air, en envoyant le sujet autant que possible à la campagne pendant quinze jours au moins tous les ans, en dehors des périodes de retraite, bien entendu. Ce serait vraiment courir de grands risques, j'allais dire « tenter le diable », que de ne pas envisager cette nécessité.

Surveillance : c'est l'élément essentiel qui a fait ses preuves dans les collectivités et qui permet de réduire au minimum les risques de maladie ou de contamination. Surveillance générale, bien entendu, du poids régulièrement et surtout surveillance radiologique. Rappelons qu'à l'hôpital Bon-Secours (à Paris) une consultation spéciale est réservée aux religieuses tous les mardis.

b) *La surveillance radiologique doit être systématique et périodique chez toutes les religieuses sans exception.*

Elle est facile à réaliser dans la majorité des cas, soit chez un médecin particulier spécialisé, où les religieuses se rendront par groupe, soit dans un dispensaire, soit à domicile, puisque les camions radiologiques permettent de réaliser ce dépistage systématique à peu de frais, dans les meilleurs conditions techniques, avec radiographies réduites et lecture des résultats interprétés par un spécialiste. Nous avons conseillé

ce dernier mode de dépistage dans plusieurs communautés qui en ont été très satisfaites.

Avec le Comité National de Défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (V^{e}), le docteur Courcoux a organisé dans la région parisienne, depuis plusieurs années, avec le docteur Duret, des examens *radioscopiques* systématiques qui ont rendu les plus grands services.

Quant aux examens radiophotographiques, ils sont assurés pour toute la France (à condition d'être groupés par régions) grâce au camion qui est dirigé par le docteur Bidou qui, entre autres choses, s'est spécialisé dans ce domaine du dépistage. Il prête toujours très aimablement son concours à ce sujet en envoyant le camion radiologique vers les lieux qui lui sont indiqués. Il suffit de le lui demander. (Dispensaire Léon-Bourgeois à l'hôpital Laënnec, Association Coopérative Sanitaire, 31, rue de Provence, Paris (IXe). Tél. : Taitbout 99.91.)

Pareil examen doit être pratiqué régulièrement *tous les ans*, au minimum, ou mieux tous les six mois, lorsque les religieuses sont soumises à un travail fatigant ou à des veilles répétées et que leur alimentation laisse à désirer.

Telle est la mesure générale qui doit être considérée comme une règle car il ne faudrait pas croire que les jeunes religieuses seules sont très exposées en raison de leur changement d'existence qui constitue une très dure épreuve à l'époque du noviciat; les religieuses plus ou moins âgées sont également exposées à des réveils intempestifs. Et surtout, ce que nous répétons ici et qui explique l'intérêt de ces examens systématiques, c'est que très souvent la tuberculose se déclare — ou se réveille — lentement, traîtreusement, alors que l'état général ne paraît pas touché, pendant des mois. Seul l'examen radiologique est susceptible de révéler des foyers latents, comme nous le disions plus haut.

Si cette surveillance radiologique doit être systématique, elle n'exclut pas *les examens de contrôle* dans les cas suspects, lorsque l'état général paraît fléchir et qu'apparaît un peu d'amaigrissement ou de fièvre persistante, si légère soit-elle. On a trop vite fait de mettre sur le compte d'une grippe ou d'une bronchite chronique ou de trachéite ce qui, en réalité, n'est souvent que le début manifeste de la tuberculose. Peut-être a-t-on trop souvent tendance à distribuer les médicaments ou les spécialités que tous les couvents possèdent dans leur infirmerie, sans prendre l'avis d'un médecin compétent.

Ce n'est pas quand une caverne est formée ou quand survient un crachement de sang que le diagnostic est difficile, c'est quand les symptômes révélateurs sont encore minimes qu'il importe de faire le point de façon précise. Il y a assez de médecins qui ne demandent pas mieux que d'examiner et de conseiller les religieuses en pareille circonstance. Il suffit de faire appel à eux et il n'est pas logique de se contenter d'à peu près ou de distribuer des médicaments au petit bonheur.

J'ai trop le souvenir de religieuses qui ont traîné plusieurs mois — ou même plusieurs années — dans leur couvent avec des cavernes, pour ne pas attirer l'attention sur ce point. De pareils faits constituent un risque de contamination pour l'entourage, d'une part, et le risque d'arriver trop tard au sanatorium pour en tirer un bénéfice réel.

A moins que certaines religieuses aient fait des études médicales très poussées, l'appel au médecin consciencieux et compétent est une nécessité. Dans certains couvents qui n'avaient pas voulu suivre les conseils de surveillance attentive dont nous venons de parler, plusieurs cas de tuberculose sont survenus qui ont permis de faire comprendre la gravité du problème. Depuis, grâce à cette alerte, qui aurait pu être évitée, les examens ont été pratiqués comme il convient et les cas de tuberculose n'ont plus été dépistés que très rarement.

c) *Une fois le foyer tuberculeux reconnu, la religieuse malade a tout intérêt à partir au sanatorium, au moins pendant quelques mois.*

Les demi-mesures ne sont jamais à recommander. Mieux vaut immédiatement le traitement rigoureux. Dans les circonstances présentes, il s'impose d'abord pour éviter la contamination et pour apprendre à se soigner et à être traitée convenablement, ensuite. Car le traitement de la tuberculose nécessite des examens de laboratoire et des explorations radiologiques très poussées qui doivent être répétés et qu'il n'est guère possible de demander dans les couvents.

Ici encore, c'est le médecin compétent et spécialisé qui, après avoir réuni tous les documents nécessaires, bactériologiques et radiologiques, orientera vers le choix du sanatorium et la région propice.

Parmi les nombreux sanatoriums de France, plusieurs sont

particulièrement désignés pour recevoir les religieuses malades. Si quelques communautés ont leurs sanatoriums, et ont ainsi simplifié le problème, pour d'autres la question économique constitue un obstacle qui jusqu'ici n'a pu être franchi, non pour l'organisation mais pour la marche même d'un sanatorium.

A titre de renseignements, nous donnons ici une liste de sanatoriums susceptibles d'hospitaliser et de traiter des religieuses tuberculeuses.

— *Sanatorium d'Angeville*, à Hauteville (Ain), géré par la Croix-Rouge française.

— *Sanatorium de Guébriant* à Passy (Haute-Savoie), Sœurs de Niederbroon.

— *Sanatorium de Villepinte* (Seine-et-Oise), religieuses de Marie Auxiliatrice (bacillifères et non bacillifères).

— *Sanatorium de Bligny*, par Briis-sur-Forges (Seine-et-Oise), géré par l'Œuvre des Sanatoriums Populaires de Paris, 92, rue de la Victoire, Paris (IX[e]).

— *Sanatorium Simond* (Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul), à La Baume d'Hostum (Drôme), autonome.

— *Sanatorium des Sœurs Franciscaines missionnaires de Marie*, autonome.

— A *Paris : Hôpital Saint-Joseph; hôpital Bon-Secours* (consultations pour le B.C.G.); *hôpital de Levallois-Perret* (dispensaire).

D'autres perspectives sont actuellement en cours dont les renseignements seront précisés ultérieurement.

Notons que les religieuses tuberculeuses susceptibles d'être opérées peuvent l'être dans les établissements suivants où nous les avons adressées maintes fois :

— *Sanatorium « Les Roses »*, à Chevilly-Larue (Seine-et-Oise).

— *Hôpital de Créteil* (Seine), tenu par des religieuses.

— *Hôpital Saint-Joseph*, à Paris, tenu par des religieuses.

Enfin, il existe également d'autres établissements dans les régions de Strasbourg, Lyon, Toulouse, etc.

II

LES RELIGIEUSES TUBERCULEUSES DOIVENT ÊTRE SOIGNÉES AU SANATORIUM

Tel nous paraît être le principe à adopter, au moins dans les premiers mois.

En effet, que le foyer soit minime ou accusé, suivant que l'expectoration est très pauvre ou très riche en B.K., le risque de contamination est ainsi évité.

D'autre part, si l'on n'envisage que le traitement, celui-ci sera plus facile à réaliser et à surveiller dans un établissement de ce genre. S'il est facile de faire faire des injections de streptomycine et d'absorber des comprimés de rimifon, il est impossible de pratiquer au couvent des perfusions veineuses de P.A.S., de créer et d'entretenir un pneumothorax et de préciser par radiographies et tomographies les lésions, de les surveiller souvent ainsi pendant les premiers temps afin d'être éclairé sur les transformations, en bien ou en mal, susceptibles d'apparaître, d'étudier, si nécessaire, la résistance des B.K. vis-à-vis des antibiotiques; encore faudrait-il parler des discussions à envisager en cas d'interventions chirurgicales, celles-ci ne pouvant être éclairées que par un dossier de renseignements complet.

Une fois le traitement mis en route et les lésions stabilisées, on sera autorisé à envisager un programme plus large, la surveillance étant moins rigoureuse et plus espacée. Mais les premiers mois, il importe de suivre de plus près les foyers découverts; il importe aussi, estimons-nous, de montrer aux malades comment il convient de se soigner. De ce point de vue, rien ne vaut l'atmosphère du sanatorium où chacun suit le traitement établi par le médecin.

La question capitale du repos, et en particulier du repos intégral, qui constitue la base du traitement même avec l'aide des antibiotiques, n'est vraiment admise et observée qu'au sanatorium où il suffit de faire comme tout le monde. Pour savoir comment et quand la malade passe du repos intégral à un repos complet moins rigoureux, puis à des cures espacées, il faut fournir au médecin des renseignements qui sont recueillis jour après jour, à l'aide des examens cliniques, radiologiques et bactériologiques.

L'administration de certains médicaments associés aux antibiotiques, comme les sulfones, nécessitent des examens de sang répétés qui ne sauraient être réalisés ailleurs.

Un tel régime, de telles prescriptions nécessitent de la part de la religieuse malade une obéissance très stricte car la régularité et la ponctualité dans la conduite thérapeutique priment tout. Cette obéissance est en général facile à obtenir des religieuses, car elles y sont habituées, bien que la vie du couvent soit totalement différente. En général elle finissent par comprendre et admettre dans certains cas le repos intégral et qu'il est interdit parfois de se lever pour aller à la messe...

Il faut bien se dire — et c'est la vérité — que plus le traitement est rigoureusement observé, plus les résultats sont favorables, quelques exceptions mises à part, et plus le séjour au sanatorium aura de chances d'être abrégé.

Si les méthodes nouvelles par les antibiotiques constituent un réel progrès dans certaines formes, elles sont moins efficaces dans d'autres et elles ne dispensent pas, à notre avis, du séjour au sanatorium, surtout pour une religieuse.

Repos strict, surveillance attentive et périodique des lésions évolutives et du traitement prescrit, soumission complète aux règles du traitement, telles sont les données qui militent en faveur du séjour sanatorial.

La durée de ce séjour est impossible à prévoir, en raison soit de la forme de la tuberculose, soit des résultats du traitement, des interventions médicales ou chirurgicales qui seront indiquées.

Une autre question se pose également pour le séjour en sanatorium des religieuses tuberculeuses.

En général, il est entendu qu'il faut tout faire pour qu'elles entrent dans un établissement soit tenu, soit surveillé par des religieuses; autant qu'il est possible, il faut qu'elles soient groupées entre elles dans des chambres spéciales ou dans des pavillons qui leur sont réservés. Effectivement pareil souhait est réalisé à Villepinte et ailleurs.

Mais il faut bien reconnaître que cette solution n'est parfois pas réalisable, et qu'exceptionnellement, certaines malades pourront séjourner à côté d'autres malades non religieuses, ou dans des établissements qui ne sont pas tenus par des religieuses. Avant tout, il faut guérir et pour cela accepter certaines exceptions, certains ennuis. Nous avons vu des exemples de ce genre où le manque de place dans des groupes réservés, où les

exigences thérapeutiques quand il s'agit d'interventions chirurgicales, ont nécessité de tels sacrifices pour ne pas perdre de temps en attendant le séjour dans un établissement religieux. C'est du moins une formule acceptable tant qu'il n'y aura pas de sanatorium assez grand pour les religieuses. Nous avons ainsi fait opérer des religieuses, soit à Tenon, soit au nouveau Beaujon, soit à Chevilly, parce que nous étions certains d'y trouver toutes les garanties chirurgicales et parce que l'intervention n'était pas ainsi trop différée; et nous n'avons jamais eu à nous en plaindre et les religieuses également, car elles en sont revenues guéries et bien souvent sans avoir rencontré dans cet exode des ennuis majeurs.

III

LE RETOUR AU COUVENT

Il faut poser en principe au début de ce chapitre que *toute religieuse tuberculeuse devrait revenir à son couvent, même si elle n'est pas tout à fait guérie*. Les conditions seules varient suivant les cas.

Nous allons les passer en revue :

1) *La religieuse est guérie.*

C'est-à-dire que son état général est rétabli, que la température est normale, que la recherche des B.K. par tubage et avec cultures ou inoculation est négative depuis plusieurs mois et à plusieurs reprises, les radiographies et les tomographies ne montrent plus de cavernes, et le nettoyage radiologique très notable montre que les lésions sont stabilisées. Alors la convalescente peut rentrer au couvent, à trois conditions cependant.

— Elle devra être suivie et surveillée médicalement par un médecin expérimenté et spécialisé, à l'aide de radiographies et de tomographies, d'examens de crachats périodiques tous les trois mois, puis tous les six mois, si tout va bien.

— Quand la communauté possède des maisons de campagne, loin de la mer et dans une région sèche et peu ventée, elle y sera accueillie, de préférence.

— Enfin, elle ne reprendra pas la vie normale immédiate-

ment, ses heures de sommeil seront suffisantes (dix à douze heures environ), elle ne veillera pas, elle observera toujours une cure de silence et de repos après le repas de midi, elle aura une nourriture plus subtantielle avec viande deux fois par jour, si possible. Autrement dit, elle suivra le programme des convalescentes, que d'autres malades réalisent dans des établissements de post-cure.

Ce n'est que petit à petit que ce programme sera élargi et que la vie normale sera reprise, toujours sous surveillance médicale, si les constatations sont favorables.

De toutes façons, il faut se rappeler que des récidives, des réveils sont toujours possibles et devront être dépistés grâce aux examens bactériologiques et radiologiques systématiques, grâce à l'examen de la courbe du poids.

Remarquons — et ceci est consolant — que des religieuses rentrent parfois au couvent totalement guéries, nous voulons dire que leur foyer tuberculeux ne s'aperçoit pas ou qu'il a été exclu.

Quelques-unes, prises au début avec des lésions récentes minimes ou circonscrites, ont été traitées efficacement, soit avec des antibiotiques, soit à l'aide d'un pneumothorax et le nettoyage radiologique a été complet

Chez d'autres, c'est la chirurgie, c'est une exérèse, une lobectomie, qui a permis d'enlever le foyer malade et nous avons en mémoire l'observation d'une religieuse, qui par sa compréhension et sa confiance, a permis d'aboutir à ce résultat correspondant pour elle à une transformation complète de son existence, car elle est dans une communauté enseignante. Si elle avait conservé un foyer stabilisé et fibreux, même sans B.K., nous n'aurions pas pu l'autoriser à retourner dans l'enseignement en raison des rechutes toujours possibles. Comme elle est maintenant complètement libérée du foyer cavitaire, et que le reste du poumon anciennement malade, ainsi que l'autre, sont tout à fait indemnes, nous avons pu l'autoriser à reprendre son enseignement auprès des jeunes filles.

Cette observation, en même temps que d'autres du même genre, doit servir d'exemple d'ailleurs à bien d'autres points de vue.

Lorsqu'il avait été question chez cette religieuse d'une intervention, le chirurgien avait proposé d'emblée une lobectomie de préférence à une thoracoplastie. Le conseil n'ayant pas été écouté, une thoracoplastie fut pratiquée qui donna de bons

résultats pendant plus d'un an, puis le réveil survint à bas bruit. N'aurait-il pas mieux valu accepter d'emblée la lobectomie qui dut être faite après un retard d'un an ?

D'autre part, le réveil qui survint tardivement aurait pu passer inaperçu si cette religieuse, une fois rentrée au couvent sans B.K., ne s'était pas pliée, comme il convient, aux examens bactériologiques systématiques qui firent découvrir des B.K. à plusieurs reprises dans l'expectoration, malgré la persistance d'un très bon état général. Là aussi, sa patience fut mise à dure épreuve, car malgré des tomographies répétées nous n'arrivions pas à trouver la lésion ouverte qui devait exister cependant. Ce n'est qu'après nous être acharnés pendant plusieurs mois à cette recherche qu'une petite caverne fut découverte sous la thoracoplastie, ce qui permit de réaliser l'exérèse.

Si cette malade n'avait pas bien compris l'intérêt de ces recherches et n'était pas revenue nous voir docilement, il est possible que les suites eussent été moins bonnes. La patience et la compréhension dont témoigne cette observation montrent bien le parti que le médecin et le chirurgien peuvent tirer de pareils faits quand les conseils sont écoutés.

2) *La religieuse est cliniquement guérie, mais on trouve encore, seulement par intermittence, des B. K., rares en général et après cultures.*

Il s'agit là de ces cas intermédiaires et assez fréquents depuis qu'on pousse les examens de laboratoire assez loin par des méthodes minutieuses.

Comme précédemment, l'état général est bon et le nettoyage radiologique très avancé, les lésions donnent bien l'impression d'être stabilisées, c'est-à-dire de ne plus s'étendre, de ne plus évoluer. Au bout d'un an ou davantage, on a l'impression que le traitement au sanatorium ne donnera pas d'autres améliorations. Il est alors possible d'autoriser le retour au couvent, comme précédemment, avec une surveillance encore plus minutieuse et un isolement bien compris.

Bien entendu, l'épreuve du couvent, du repos relatif, sera ici plus prolongée. Et la religieuse devra être ménagée davantage, et isolée.

Et, souvent, cette épreuve est bien supportée et la guérison

qui cliniquement et radiologiquement était satisfaisante, finit par l'être également du point de vue bactériologique.

Si nous préconisons une solution de ce genre, c'est que l'éloignement du couvent trop prolongé finit par affaiblir le moral et être préjudiciable.

Si vraiment le danger de contamination est ainsi réduit au minimum, et si toutes les personnes du couvent ont des cuti-réactions positives comme nous le demandions au début, si l'hygiène et l'alimentation ne laissent pas à désirer, nous estimons qu'il y a plus d'avantages à envisager ainsi les choses en restant humain plutôt que d'agir de façon plus draconienne.

Ici encore, entre autres souvenirs, l'histoire d'une religieuse malade mérite d'être exposée car elle est instructive.

Très atteinte au début, cette malade reprit peu à peu son équilibre grâce au repos et aux antibiotiques, si bien que n'ayant plus de B.K. et ne conservant qu'un petit nodule stabilisé, elle fut jugée apte à retourner à son couvent à condition d'être surveillée périodiquement.

Ici encore, grâce à la confiance, à la compréhension, à la patience, tout se passa bien. Les examens se faisaient régulièrement grâce aux déplacements qui obligeaient cette religieuse à venir à Paris, malgré les vingt-cinq ou trente kilomètres qui l'en séparaient. Un jour, des B.K. furent retrouvés par la culture; ces résultats intermittents se renouvelèrent bien que l'état général demeurât satisfaisant. Le nodule que nous avions cru responsable persistait sans changement, lorsque apparut un foyer discret aux environs. Le cas devenait plus difficile, nous fûmes obligés de demander le retour au sanatorium pour observation plus minutieuse et tentative de traitement d'un autre genre.

Après quelques mois, l'état étant devenu plus rassurant, nous décidâmes à nouveau son départ.

C'est alors que la Prieure nous demanda de surseoir en raison du chauffage insuffisant de la communauté et de l'humidité persistante sur les bords de la Seine. Bien entendu, nous acceptâmes de remettre le départ, cette demande nous paraissant très logique.

Ici encore, l'acceptation des examens systématiques assez poussés avait rendu service. La décision que nous avions prise de laisser retourner au couvent cette malade stabilisée, mais expulsant par intermittences de rares B.K., n'avait eu aucun

inconvénient grâce à la surveillance attentive, grâce aux examens périodiques de l'entourage que nous savions exécutés de manière consciencieuse.

Ici encore doit être relevé le bien que les Supérieures peuvent faire en collaborant le plus possible avec le médecin, soit en lui écrivant, soit en venant le voir pour parler d'un cas ennuyeux et délicat, soit en lui donnant des renseignements sur les avantages d'un retour dans un établissement de la communauté situé dans une région plus saine.

Cette aide si précieuse que nous trouvons parfois mériterait de se généraliser chaque fois que cela est possible. Et nous avons le souvenir très émouvant de certaines Supérieures qui se sont déplacées maintes et maintes fois — comme une mère de famille venant s'inquiéter de la santé d'une de ses filles — quand elles nous voyaient embarrassés. C'est qu'en effet, la conduite à tenir n'est pas toujours typique et régulière, et que très souvent c'est après des étapes successives de pneumothorax, de pneumopéritoine et d'intervention chirurgicale, comme une thoracoplastie, qu'on arrive au résultat désiré qui cause d'autant plus de joie à la Supérieure et au médecin que la guérison a été délicate à acquérir.

3) *Restent les cas des malades non guéries, incurables, et conservant les lésions cavitaires quoique réduites, avec B.K. dans les crachats.*

C'est ici que la solution est difficile à trouver, ici encore que la compréhension de la Supérieure, la bonne administration du couvent et la discipline qui y règne peuvent nous rendre service.

Certes, il est des religieuses de ce groupe que nous ne pouvons pas renvoyer dans leur couvent parce que leur état nécessite encore des soins ou des interventions impossibles à réaliser dans leur communauté.

Il en est cependant dont les lésions chroniques et torpides, tout en restant sérieuses et même graves, peuvent autoriser le retour au couvent sous certaines conditions et les couvents se prêtent souvent à de telles exigences. Nous laisserions exceptionnellement rentrer dans leur couvent des malades de ce genre, à condition qu'elles demeurent strictement isolées dans leur cellule, soignées par l'infirmière et visitées effectivement par la Supérieure.

J'ai compris bien souvent toute la peine qu'éprouvait une religieuse — si bien soit-elle dans un établissement tenu par d'autres religieuses — à ne pas retourner dans sa communauté, j'allais dire dans la famille qu'elle avait choisie. Il s'agit là d'une question d'humanité très simple que nous devons toujours chercher à résoudre de notre mieux.

J'ai présent à l'esprit le souvenir pénible d'une religieuse gravement atteinte que nous ne pouvions plus espérer guérir et qui n'aspirait plus qu'à ce retour dans sa communauté.

Nous avions proposé la solution dont nous venons de parler, persuadé qu'elle n'offrait guère de risques excessifs si toutes les recommandations étaient observées. Mais notre suggestion n'ayant pas été acceptée, nous avons eu la douleur d'apprendre que cette religieuse était morte à Dreux, loin de son couvent.

Certes, je comprends les réserves et les appréhensions que suggèrent des cas de ce genre, je comprends les hésitations d'une Supérieure ou d'un Provincial, mais je reste persuadé que si dans le cas précédent nous avions pu nous expliquer de vive voix avec qui de droit, nous serions parvenus à nous comprendre et à éviter ces souffrances morales.

La tuberculose n'est tout de même pas la peste et sa contamination est évitable si l'on veut bien observer les règles sur lesquelles nous avons insisté au début de ces quelques pages.

Heureux serions-nous si nous avions pu contribuer après d'autres à mieux faire comprendre ce problème de la tuberculose chez les religieuses qui est plus facile à résoudre actuellement et en moins de temps qu'autrefois si on essaye de le pénétrer réellement et de faire tout ce qu'il convient pour y parvenir.

DOCTEUR P. PRUVOST.

LE POINT DE VUE DU CANONISTE

Le séjour de religieux ou de religieuses en sana pose quelques problèmes canoniques que l'on s'efforcera d'éclaircir.

1. — Si la congrégation possède un sana ou une maison organisée pour le soin de ses malades, la plupart des questions sont résolues dès l'abord.

Aucune intervention du Saint-Siège ou de l'Ordinaire n'est requise. Une novice ne pourrait évidemment pas y séjourner plus de trente jours pris sur l'année canonique sans devoir recommencer toute l'année canonique. Même pendand la seconde année, il ne faudrait pas prolonger le séjour; sans doute, il pourrait être très méritoire et formatif pour la malade; mais la seconde année de noviciat a pour but également d'exercer les novices, modérément s'entend, aux œuvres de la congrégation. Il est également interdit de prolonger le noviciat au delà de six mois. Si on admet la novice à la profession après ce temps, on ne pourra plus la renvoyer pour cause de santé; si on la renvoie dans le monde et qu'on l'admette de nouveau, on pourra omettre le postulat, mais, sauf dispense légitime, elle devra recommencer tout le noviciat.

2. — Le sana est tenu par des religieuses ou bien il est purement laïque, voire dirigé par des personnes appartenant à une confession non catholique. Nous envisageons cette hypothèse parce qu'elle pourrait se réaliser en territoire de mission. Ethel Quinn, l'héroïne de la Légion de Marie, dut accepter pendant un certain temps le séjour dans un sana tenu par un personnel protestant. Dans ce cas, les problèmes qui se posent sont plutôt d'ordre moral.

3. — La durée du séjour pose plusieurs questions. Pour les résoudre plus facilement, rappelons quelques prescriptions concernant la clôture :

1) Dans les monastères à vœux solennels, les moniales doivent observer la clôture pontificale. Celle-ci sera uniquement majeure, par exemple dans les monastères de vie purement contemplative, ou bien majeure et mineure, dans ceux où les moniales exercent un certain apostolat qui n'exige cependant pas de sorties. L'autorisation de sortir, en dehors des cas strictement prévus par les constitutions ou les dispenses générales, relève du Saint-Siège. Les Ordinaires des lieux ont parfois des pouvoirs spéciaux en cette matière.

2) Dans les congrégations religieuses, le régime des sorties sera adapté aux formes diverses d'apostolat. Cela vaut également pour les monastères où, de fait, on ne prononce que des vœux simples. Ce nombre diminue assez rapidement parce que pas mal de monastères reprennent la profession solennelle. Pour être complet, il faudrait encore parler des monastères où règne le gouvernement centralisé et qui ont un apostolat exigeant des sorties relativement prolongées ou multipliées. Mais leur statut est encore à l'étude au moment où nous écrivons ces lignes.

4. — Nous ne traitons ici que du séjour hors de la clôture pour motif de santé, et, en particulier, du séjour en sana, qui n'est point une maison de la congrégation.

1) Le séjour sera limité aux vraies nécessités de la malade (can. 606, § 1). On se gardera également de compromettre la cure par un retour trop précipité en communauté, mais on ne prolongera pas le séjour pour se libérer plus longtemps d'un caractère difficile ou d'une personne exigeante. On verra plus loin comment on peut, dans certains cas, remédier légitimement à des situations parfois très pénibles pour la communauté ou son apostolat.

2) Si le séjour hors des maisons de la congrégation doit durer plus de six mois, il faut l'autorisation du Saint-Siège, même pour les membres d'un Institut de droit diocésain.

Comme c'est la supérieure qui permet ou impose ce séjour prolongé, c'est à elle à demander au Saint-Siège (à la Sacrée Congrégation des Religieux) l'autorisation dont elle a besoin, et non à la malade.

3) La supérieure peut-elle obliger une religieuse à profiter de l'indult ? Remarquons d'abord que l'indult ayant été accordé à la supérieure, c'est à elle qu'il appartient de juger s'il faut en user, oui ou non. Quant à l'obligation d'un séjour en dehors de la communauté, il est légitime ou non d'après les circonstances et les motifs. La supérieure a d'ailleurs dû manifester au Saint-Siège les raisons de sa demande.

On ne peut nier que ce séjour soit pour certaines malades une épreuve très dure. La charité de la supérieure devra certainement tenir compte de cette disposition pour ne pas imposer, sauf motif vraiment grave, ces actes de vertu héroïque à une malade.

L'objection suivante a été proposée : « On nous dit qu'un indult n'est valable qu'avec le consentement de l'intéressé. » Réponse : Dans notre cas, l'intéressé est la supérieure, à laquelle le Saint-Siège donne le pouvoir de permettre à une de ses inférieures de prolonger au delà de six mois le séjour en dehors d'une maison de la congrégation. Le canon 37 est formel, l'indult est *valable* — sauf déclaration contraire — même avant le consentement de l'intéressé, qui n'est d'ailleurs pas tenu de s'en servir. Il pourra se faire que l'indult doive être *exécuté* par l'Ordinaire. Dans ce cas non plus sa valeur ou acceptation ne dépendent pas de l'inférieure.
Enfin, il ne faut pas confondre cet indult avec celui qui autorise un religieux à rentrer dans le monde (*sécularisation*). L'intéressé qui, en général, a demandé lui-même l'indult, peut changer d'avis et refuser d'en faire usage.

5. — Supposons que la supérieure ait négligé ou bien oublié de demander l'indult dont elle a besoin, l'inférieure aurait-elle le droit de refuser de rester plus longtemps hors de sa communauté ? Nous croyons que non. L'acte d'autorité posé par la supérieure rentre dans le cadre général de son autorité. L'autorisation qu'elle donne n'est pas légitime, mais l'inférieure peut s'y conformer sans coopérer pour autant à un acte coupable.

6. — Le caractère de la maladie peut être tel qu'il y ait lieu d'envisager une demande d'*exclaustration*. Ce serait le cas si la maladie menaçait de se prolonger; si les relations de la maladie s'avéraient difficiles; s'il fallait déposer l'habit religieux; si la cure demandait une liberté peu compatible avec le cadre de la vie religieuse, etc.

C'est l'intéressé, c'est-à-dire la religieuse, qui doit demander cette grâce. Elle passera presque nécessairement par ses supérieures car celles-ci devront dire à la Sacrée Congrégation si elles trouvent la demande justifiée. Dans l'affirmative, il leur suffira d'ajouter un mot à la demande pour déclarer qu'elles sont d'accord avec leur inférieure. Si la congrégation est de droit diocésain, l'Ordinaire du lieu peut accorder lui-même l'exclaustration (c. 638).

7. — La situation de la religieuse est assez différente suivant qu'il s'agit simplement de séjour prolongé au delà des six mois ou d'une exclaustration.

Dans le premier cas, l'intéressée reste pleinement soumise à l'autorité des supérieures; elle doit observer les constitutions dans tout ce qui est compatible avec les nécessités de la cure; de soi, elle a le droit de prendre part aux différents chapitres (ce qui sera parfois impossible), elle garde sa voix passive, c'est-à-dire qu'elle peut être élue à des fonctions qui lui donnent part au gouvernement, etc.

La religieuse exclaustrée passe sous l'obédience de l'Ordinaire du lieu de sa résidence; elle doit recevoir de lui les autorisations nécessaires pour l'observance de ses vœux. Pendant la durée de l'exclaustration elle perd la voix active (droit d'élire) et la voix passive; de soi, elle doit déposer l'habit religieux. Elle jouit toutefois des privilèges purement spirituels de son Ordre ou de sa Congrégation : indulgences, suffrages si elle vient à mourir, etc. Elle doit aussi observer les Constitutions dans la mesure compatible avec sa situation.

8. — Passons maintenant du séjour prolongé au delà de six mois en dehors d'une communauté de la congrégation à une autre question que l'on pose parfois. Une religieuse malade pourrait-elle se soigner en famille, si celle-ci le demande ou l'accepte volontiers ? Pour répondre affirmativement, il faudrait, croyons-nous, des circonstances bien particulières et dans de nombreux instituts religieux cette autorisation ne peut, sous aucun prétexte, être accordée. Cette disposition présente de grands avantages.

De nombreuses Constitutions déterminent les motifs qui peuvent justifier un retour en famille et la durée éventuelle de ces séjours. Elles déclarent parfois que la religieuse pourrait retourner en famille pour soigner son père ou sa mère malade,

si ceux-ci ne peuvent, pour différents motifs, trouver une infirmière. Il arrive que le Saint-Siège accorde en pareille circonstances soit un séjour prolongé, soit un indult d'exclaustration.

En principe, le séjour en famille doit être réduit le plus possible. Il est rarement bienfaisant pour la religieuse et, s'il était prolongé, est de nature à nuire gravement à son esprit religieux. Ajoutons qu'il crée facilement un précédent.

Par sa nature même, il nuira à la vie commune. Accordé à une religieuse dont la famille est aisée, il inspirera à d'autres le désir de jouir de la même faveur; d'où des comparaisons un peu odieuses, des murmures, l'impression que même en religion il y a une différence entre les riches et les pauvres, etc. En voilà plus qu'il ne faut pensons-nous, pour conclure que sauf des cas tout à fait exceptionnels, une religieuse malade doit être soignée dans sa communauté ou dans une autre maison religieuse.

9. — Les supérieures mettront toute leur charité à assurer aux religieuses malades des conditions très propres à maintenir en elles l'estime et l'amour de leur vocation, la fidélité à leur vie de prière, le désir de rentrer le plus tôt possible dans une maison de leur famille religieuse. Elles n'oublieront pas que les solutions canoniques doivent toujours être complétées par les devoirs qu'impose à des âmes consacrées la fidélité aux devoirs de leur vocation.

Rome.

J. Creusen, S. J.

A PROPOS
DE L'ACTION THÉRAPEUTIQUE
DU SACREMENT DE PÉNITENCE

Le propre de la Vérité révélée est d'être à la fois immuable et vivante. Sa transcendance est celle de l'éternité; mais elle exige de l'homme un rythme constant d'adaptation personnelle, étant elle-même Pensée personnelle. Il est fatal qu'à certains moments de l'histoire, dans la conscience commune, tel ou tel de ses aspects s'endorme, en quelque sorte dans une ankylose imprécise, se fige dans une habitude où le sentiment religieux n'a plus qu'une place nominale. Il en résulte un malaise; puis une recherche; puis une redécouverte. Le malaise actuel, si fréquent, des chrétiens en face du sacrement de pénitence relève bien, semble-t-il, de ce processus.

Alors que l'Église, dans l'encyclique *Corporis Mystici* en particulier, rappelle fortement la richesse spirituelle de la réception fréquente de ce sacrement, nombre de fidèles, surtout parmi les jeunes, sont gênés et n'en comprennent ni l'utilité ni l'efficacité.

Tout le monde a pu constater que sur tel « défaut », sur telle mauvaise habitude parfois même, la confession fréquente n'agit aucunement, malgré la bonne volonté et les efforts. Quand le sujet, sincèrement religieux et éclairé, approfondit tout de même sa vie spirituelle, cela ne crée pas de tension insurmontable. Mais que de fois cet échec provoque-t-il le découragement, le dégoût religieux, l'éloignement d'une pratique à quoi l'on reproche d'être inefficace, et peut-être même vide de sens! C'est là que se glisse une confusion certaine. Peut-être a-t-on attendu du sacrement de pénitence un effet *qui n'est pas de son ordre*. Peut-être, confusément, en arrive-

t-on dans la mentalité générale, du côté des confesseurs ou des pénitents, à considérer plus ou moins la confession comme une sorte de psychothérapie religieuse... Il y aurait là une grave erreur doctrinale.

La grâce sacramentelle doit être un « remède » selon la terminologie la plus traditionnelle. Mais sur quoi porte ce remède ? Quelle est l'action « thérapeutique » spécifique du sacrement ? Il semble nécessaire, sur ce point fondamental, de faire quelques réflexions qui seront l'objet de ces pages.

La réflexion théologique récente cherche à retrouver, dans une synthèse vitale où la signification profonde de la liturgie reprend sa place légitime, un sens plus conforme à la tradition. C'est ainsi que les sacrements apparaissent de plus en plus comme des manifestations sensibles et précises du « mystère » au sens paulinien, c'est-à-dire de l'action concrète de Dieu dans l'histoire. Peut-être de très utiles mais trop longues controverses avec les théologiens protestants avaient-elles un peu fait perdre de vue cette vérité première. Le sacrement est un lieu de rencontre mystérieux entre Dieu, l'Église et l'âme personnelle. On retrouve ici les profondes intuitions théologiques d'un Pseudo-Denys, par exemple.

Mais cela nécessite un instant de réflexion sur une terminologie habituelle qui, dans le langage courant, risque fort d'être ambiguë. On parle des « fruits » d'une dévotion, ou des « effets » de la réception des sacrements, mais de telle manière que ces « fruits » ou ces « effets » semblent devoir être de nature purement psychologique, parfois même affective. Cette erreur, beaucoup plus répandue qu'on ne croit au moins de manière implicite, trahit tout simplement la pensée de l'Église.

Les rapports de l'être personnel avec Dieu peuvent être envisagés sur deux plans. Le premier est le plan ontologique, abstrait par conséquent, sur lequel l'affirmation de la foi aboutit à une connaissance absolue et certaine. Le second est le plan psychologique, celui de l'expérimentation concrète de ces rapports; la connaissance vécue en est infiniment moins sûre et mêlée de quantité d'éléments psychiques naturels qu'il ne faudrait pas prendre pour des effets *directs* de la grâce. L'unité de l'être humain assumé par la grâce n'empêche pas que, dans l'expérience concrète, ce plan psychologique soit complexe : vie de l'esprit conscient et libre illuminé par la

foi, vie de la conscience claire au sens des psychologues, psychisme inconscient qui en conditionne par dessous certains aspects. Cette unité constitutive n'exclut pas que les différents niveaux de l'expérimentation psychologique puissent être entre eux partiellement divisés ou en opposition.

Or, si l'on étudie les textes fort précis du Concile de Trente à propos du sacrement de pénitence, on remarque que si des effets sont signalés au niveau de l'esprit illuminé par la foi, pas un moment il n'est fait allusion à des résultats psychiques. Les termes employés sont : régénération (par comparaison avec le baptême) — restauration dans la grâce. Ou bien encore, et dans la même phrase : « Réconciliation avec Dieu... paix de la conscience, esprit de consolation » (Dz., 896).

Les autres documents sont tout aussi clairs, qu'il s'agisse du Concile de Florence (décret pour les Arméniens), du Concile de Latran, du Concile de Lyon ou de la profession de foi de Durand de Osca.

Dans sa systématisation théologique de la doctrine sacramentaire, saint Thomas ne fait que reprendre les données traditionnelles — et il est certain que le Concile de Trente est grandement imprégné de son influence — en utilisant toutes les ressources possibles de la philosophie rationnelle. Quand il traite des effets des sacrements (III^a^, q. 62 et 63), il en étudie deux : un principal qui est la grâce et l'autre, second, qui est le caractère. Il n'est point question d'effets psychologiques proprement dits. A la question 60, art. 4, ad 1um, il précise bien, d'ailleurs, qu'un sacrement est un signe sensible d'une réalité qui ne l'est pas. A la q. 60, art. 3, il résume ainsi : « Un sacrement est donc un signe qui, tout à la fois, remémore la cause passée : la Passion du Christ; manifeste l'effet en nous de cette Passion : la grâce; et qui annonce la gloire future. » Toutes réalités infiniment profondes et *mystérieuses* au sens paulinien, qui ne sont accessibles qu'au plan de la foi.

Le caractère propre du sacrement de pénitence est de réintroduire dans le courant surnaturel de la grâce le pécheur qui s'en est retiré par sa faute mortelle. Il s'agit d'une « infusion nouvelle de la grâce » spécifiquement restauratrice. « Il est bien évident que le sacrement de pénitence est nécessaire au salut après le péché *comme* la médication corporelle après que l'homme est tombé en maladie grave » (III^a^, q. 84, art. 5). Si

le Moyen-Age avait connu la « médication psychologique », saint Thomas aurait aussi bien pu la prendre comme terme de sa comparaison. Car il ne s'agit que d'une comparaison, que l'on retrouve souvent dans le langage catéchétique et même liturgique (troisième oraison avant la communion du prêtre). L'effet du sacrement — et plus spécifiquement celui de la pénitence — est bien de nous « guérir ». Mais de nous guérir, si l'on peut ainsi s'exprimer, d'une « maladie du surnaturel ». C'est-à-dire de remettre en grâce — dans la lumière du salut — l'homme qui s'en est éloigné par son péché, formellement mortel bien entendu. Car saint Thomas précise bien que les fautes vénielles, n'ayant pas *coupé* l'homme du courant de grâce, n'en nécessitent pas une nouvelle « infusion » (III[a], q. 87, art. 3).

Enfin, dans la question 10 du Supplément, saint Thomas énumère les effets de la confession : libération de la mort du péché, libération de la peine due au péché, ouverture du Paradis, espérance du salut. Ce sont là ses termes mêmes.

Il est bien clair que la grâce n'est pas de soi un processus psychologique humain, bien qu'elle se traduise dans le comportement du sujet par des retentissements qui vont jusqu'à modifier son action. Ce serait donc une erreur d'attendre de la réception d'un sacrement comme tel, et à tout coup, un résultat psychothérapique sur les soubassements confus du psychisme. La « guérison » dont il s'agit ici est d'un ordre mystérieux, seulement accessible à la foi : c'est la réintégration de notre destinée personnelle dans le mystère d'amour du plan de Dieu sur le monde. Il ne faudrait surtout pas laisser ici s'insinuer cette confusion facilement suggérée par l'équivoque expression du « prêtre médecin des âmes ». Le caractère sacerdotal n'est pas un diplôme de psychothérapeute et la « santé » que nous rendons en exerçant le mystère du pardon du Christ n'est pas psychique mais, au sens le plus précis de ces termes, ontologique et mystique.

Quelques réflexions, ici, sont nécessaires quant aux rapports de la vie de foi avec la psychologie.

Loin d'être une sorte d'inconscient déposé en nous par le baptême, la vie de la grâce est au contraire une réalité ontologique transcendante. Sa perception psychologique sera comme un agrandissement du conscient à cette dimension surnaturelle. La vie sacramentelle nous introduit de fait, par le don de

Dieu et avec notre consentement, dans une modalité d'existence qui participe de l'éternité. Mais cette modalité n'est accessible psychologiquement que par la foi. Même dans le cas de phénomènes mystiques, le seul critère reste la foi, et saint Jean de la Croix, comme tous les auteurs mystiques, insiste sur l'insuffisance radicale des « visions », par exemple, en elles-mêmes. Quand la foi — mode de connaissance suprême puisque fondé en Dieu — nous fait découvrir cette nouvelle dimension que Dieu donne à notre être, notre existence et notre destinée nous apparaissent alors comme singulièrement plus solides qu'il ne semblait tout d'abord. La relation existentielle avec Dieu créateur et sauveur passe au premier plan et éclaire souverainement tout le reste. C'est donc par la foi pure, greffée en quelque sorte mystérieusement sur la connaissance sensible d'un signe, que le sacrement avive en nous la certitude de cette dimension surnaturelle de notre existence qu'il crée *ex opere operato*.

Dans l'évolution psychologique concrète du croyant, si l'on veut être schématique afin d'être clair, on peut dire que la vie psychique se développe progressivement selon trois dimensions. Primitivement constituée par l'affectivité instinctive, elle se développe durant les premières années de vie, au niveau de cette réalité naturelle, mais transcendante déjà, qui est l'esprit, spécifiquement constitutive de l'être humain, mais virtuelle à la naissance et qui ne se manifeste que progressivement. La troisième « dimension », si l'on peut ainsi s'exprimer, est celle de l'esprit qui, agrandi en quelque sorte par la grâce au point d'entrer en relation personnelle avec Dieu, s'engage dans la vie surnaturelle gratuitement donnée par lui. Il se passe comme un échange de deux dynamismes. Surgissant du néant à l'appel créateur, il y a le dynamisme naturel, qui tend à la spiritualisation chez l'homme de l'univers créé. Devant la défaillance de la liberté (*propter nos homines et propter nostram salutem*, est-il dit dans le *Credo*), Dieu introduit alors dans le concret de l'histoire son propre dynamisme d'amour en s'incarnant. C'est par la perception consciente de notre défaillance même que ce nouveau dynamisme divin de la grâce va pouvoir s'introduire dans notre vie psychologique. Mais alors la foi nous apprend que l'influx du don Rédempteur se termine à notre *mystérieuse* régénérescence, à notre réintégration au Royaume par le moyen de la mort et de la résurrection. Le Royaume n'est pas *de* ce monde.

C'est en nous établissant dans *l'état* de grâce, c'est-à-dire dans une modalité transcendante d'être (inaccessible de soi et *directement* aux puissances naturelles de notre psychisme) sinon *in enigmate* pour l'effet de la grâce que le sacrement développe en nous le troisième registre, celui de la foi. Son action *directe* psychologique portera donc essentiellement sur ce qui, dans notre vie psychique, est en rapport *de foi* avec Dieu et l'Église.

Mais la grâce ne détruit pas le donné de la nature, pas plus qu'elle ne le bouleverse, sauf au cas de miracle. Ontologiquement, elle nous « rétablit en justice » et nous fait accéder à l'éternité de la vie. Psychologiquement, cette action se traduit par la perception *par la foi* de cette réalité vitale et de ses exigences. Et ceci, quel que soit le donné de la nature : que ce donné soit harmonieusement orienté ou qu'il soit au contraire gravement compromis par un état pathologique quelconque. Or, cet état pathologique peut porter aussi bien sur l'aspect organique que sur l'aspect psychique de notre vie naturelle. De soi, la guérison temporelle d'une névrose n'est pas plus *nécessaire* à la Résurrection que celle d'une malformation physique congénitale ou acquise. Le don de la grâce ne vise pas, de soi, la guérison médicale dans la vie du temps; et les miracles du Christ étaient bien une surabondance de miséricorde, mais surtout des signes du passage de Dieu destinés à susciter la foi. Certes, la santé est préférable dans la mesure où elle ne risque pas de nous enliser dans l'illusion d'une existence qui ne pose pas de problèmes... Il faut tout faire pour l'acquérir, la maintenir ou la rétablir par les moyens que la science humaine peut découvrir; il faut tout faire pour instaurer cette orientation harmonieuse du donné naturel qui libère l'esprit dans son mouvement ascendant... Mais Dieu est assez puissant, tout de même, dans le don de la grâce, pour déborder les obstacles que le sujet subit malgré lui. Mieux encore : il les utilise, quand ce ne serait, bien souvent, que pour ouvrir les yeux du sujet sur la dimension réelle du drame humain : la nécessité radicale de la Rédemption salvatrice. L'effet psychologique du sacrement de pénitence dans la vie de foi ne serait-il pas au premier chef en rapport avec cette nécessité?

Dynamisme naturel et dynamisme surnaturel fusionnent mystérieusement dans notre vie intérieure personnelle. Cela

nous amène à *connaître* et à *vivre* des réalités infiniment transcendantes à notre pouvoir de *sentir*. Et si les trois registres de notre vie psychique sont discernables dans leur nature et leur caractère spécifique, ils sont en fait, dans le concret quotidien, en perpétuelle interaction. Inconscient, conscient et vie de foi se mêlent chez le croyant en une intensité mouvante de vie, parfois fort peu confortable d'ailleurs, mais essentiellement en marche.

La grâce — dont il n'est pas question de discuter ici les théories — est une réalité de nature supra-psychologique et essentiellement transcendante. Elle fonde en nous les vertus théologales, ces *puissances* qui nous ordonnent à Dieu (I^a II^{ae}, q. 60, art. 1).

Dans la psychologie consciente, ainsi éclairée par le haut, cela se traduit par ce que l'on peut appeler une vision du monde dans la dimension du plan de Dieu, non point d'ordre spéculatif ou intellectuel, mais *existentiel*. En d'autres termes, le sujet éclairé par la foi se perçoit dans un système de relations infiniment (au sens plein) plus riches que dans une vision naturelle, et *il y donne l'adhésion de sa personne*. Ces deux attitudes sont différentes mais inséparables, formant ce que la théologie traditionnelle appelle la « foi vive ».

En d'autres termes, la grâce, inaugurée en l'homme par le baptême, entretenue et développée — ou rétablie — par les autres sacrements, est une présence personnelle de Dieu, dans l'ordre de l'être. C'est ce dialogue transcendant qui est perçu psychologiquement par la foi, ce qui fonde, chez le sujet, une certitude à sa mesure, ainsi qu'un agrandissement, infiniment plus large dans ses perspectives et sa visée, du dynamisme volontaire. Ainsi sera polarisé le psychisme. Si l'on peut se permettre une comparaison militaire, tout se passe comme si la présence de Dieu perçue par la foi mobilisait toutes les forces de la personnalité, *telles qu'elles sont*, disponibles ou non, du sujet lui-même. Mais cette mobilisation ne peut se faire que par la vie effective des vertus théologales.

Le sacrement, signe visible de cette participation transcendante, nous y introduit directement. C'est pourquoi saint Thomas démontre abondamment que le sacrement par excellence est l'Eucharistie (III^a, q. 65, art. 3), étant la participation directe au Corps du Christ. En un sens, tous les autres lui sont ordonnés (*id.*). La pénitence et l'Extrême-Onction « appartiennent à une catégorie inférieure par rapport

aux précédents (les cinq autres), étant donnés à la vie chrétienne non point essentiellement mais accidentellement, c'est-à-dire pour remédier à un défaut survenu » (*id.*). C'est dire que le sacrement de pénitence rétablit dans la participation *ontologique* au Royaume celui qui s'en est séparé par la faute (mortelle et formelle) avec tout ce que cela représente d'orientation psychologique consciente en dépendance de la perception de foi.

Ainsi que le dit le Directoire de l'Assemblée plénière de l'épiscopat français pour la Pastorale des sacrements, « son efficacité psychologique est *en liaison avec la vertu d'espérance* » (n° 46).

Mais nous sommes dans une perspective qui apparaît comme de plus en plus éloignée de l'efficacité « psychothérapique ». En effet, ce dynamisme surnaturel de lumière et de vie (selon les termes chers à saint Jean) et de *puissance* (ce qui est le sens exact du mot vertu) utilise et oriente le donné naturel; il fait aboutir en définitive, dans le mystère et bien au delà de ses limites mêmes, l'élaboration spiritualisante amorcée par la nature. Une de ses premières conséquences psychologiques, chez l'homme, sera le détachement, c'est-à-dire le consentement à « décoller » de la vie du temps : *despicere terrena et amare coelestia*, est-il souvent répété dans la liturgie. Mais ce dynamisme rencontre, dans notre nature (c'est d'ailleurs la raison pour laquelle il nous est gratuitement donné) deux massives conséquences du désarroi originel. Il y a d'abord ce « vertige en arrière » qui tend à nous détacher du gigantesque mouvement de l'humanité remise en marche vers son destin, ou ce manque de densité spirituelle qui nous empêche de répondre efficacement à la pulsion divine; ou encore cette molle adhérence au paysage transitoire de la condition du temps. Essentiellement centrée par l'orgueil, explicite ou non, qui nous attache indûment à des valeurs créées, cette situation est source du péché. La seconde conséquence est le désordre inscrit dans la structure de la personnalité avant même que la conscience ait été éveillée, ou sans que la volonté claire ait pris part à son instauration; c'est alors le pathologique proprement dit, organique ou psychique, de modalité et d'importance infiniment variables et graduées. De manière un peu simpliste peut-être, mais exacte semble-t-il, on peut dire que le sacrement de pénitence a été institué pour la première conséquence, et non pour la seconde. Celle-ci, par nature, relève de

la recherche scientifique et de certaines techniques, à moins que l'on dénie aux efforts de la médecine (somatique ou psychique) la légitimité devant Dieu, et que l'on attende naïvement du sacrement le miracle, comme d'une pratique magique de l'âge des cavernes.

Est-il inconcevable ou incongru de penser que l'approfondissement psychologique de la vie théologale puisse rester sans effet sur certaines situations psychiques relevant de la pathologie ? L'expérience quotidienne le montre cependant de façon courante, par exemple dans le cas de scrupule psychasthénique où l'on voit coexister de manière apparemment contradictoire la phobie maladive du péché et une très authentique vertu d'espérance. Sur le principe, il ne semble pas qu'une discussion soit possible; il y a des situations concrètes qui réclament à la fois, et simultanément, l'action de la grâce et l'action du psychothérapeute, les deux ne portant absolument pas, de par leur nature, sur le même domaine. La discussion devient inévitable et l'effort objectif de connaissance psychologique devient indispensable quand il s'agit de préciser quelles sont ces situations. Et la psychologie moderne nous invite à ne plus perdre de vue que le moraliste n'a pas affaire à des situations, mais à des *personnes* qui se trouvent dans telle situation. Le grand danger de confusion serait de prendre la nécessaire réflexion casuistique pour une solution des drames personnels. Et cette confusion — qui est d'ailleurs une solution de facilité — n'est encore que trop courante. C'est ici, pour le conseiller spirituel ou le confesseur, que devient nécessaire un grand effort de compréhension de la personnalité qui se trouve en face de lui et une très grande humilité aussi, qui ne lui fera pas prendre sa façon théorique de penser pour une adaptation adéquate. Le plus délicat c'est que, souvent, l'élément péché et l'élément pathologie seront confusément mêlés, et dans une proportion infiniment variable. Il faut bien, tout de même, accepter ce fait expérimental que la *petite psychopathologie* — celle qui gêne mais n'empêche pas l'harmonisation de la personnalité dans le sens spirituel — est considérablement plus courante qu'on ne le croit d'habitude. Tout être humain en porte au moins des traces, comme il porte en son organisme le germe inconnu du vieillissement et de la mort. Peut-être sur tel aspect de son comportement un sujet aura-t-il des « ratés » relevant davantage de ces traces pathologiques que de sa responsabilité morale vraie; sur d'au-

tres, au contraire, sa liberté psychologique sera totale. Mais il arrive fréquemment que la préoccupation spontanée de la conscience se fixe électivement sur le point pathologique; l'hyper-sensibilité des zones psychiques mal équilibrées y contribue tout autant que la conception, trop légaliste souvent, de la morale. Cela pose le problème d'une meilleure utilisation pratique de la confession fréquente dont la richesse spirituelle doit épanouir la vie intérieure. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point en terminant[1].

Par ailleurs, est-il interdit de penser que, dans certains cas très précis, la pratique fréquente de la confession soit contre-indiquée? Nous pensons par exemple à certaines formes de la « maladie du scrupule ». Tant pour leur équilibration psychique que pour le véritable développement de leur vie spirituelle, il peut être nécessaire de raréfier alors la confession. C'est alors que l'action de ces sujets et celle de leur directeur devra porter électivement sur d'autres moyens essentiels de la progression spirituelle : par exemple sur la vie eucharistique fréquemment renouvelée et surtout bien comprise dans son efficacité mystique. Est-il interdit de penser, également, que dans certains cas précis il soit nécessaire de dissocier, dans la confession même fréquente, un aspect limité du comportement, précisément pour briser cette « contracture psychique » dont nous parlions tout à l'heure, et rétablir chez le sujet une saine perception de l'échelle des valeurs spirituelles et morales ?

Saint Jean développe avec prédilection le thème de la « Lumière », victorieuse des « ténèbres », et symbole de la transfiguration du monde par la présence incarnée du Verbe. Cette « Lumière » illumine par la foi *toute* la vie de tout homme. Mais elle ne supprime pas pour autant les zones obscures fragmentaires, les îlots d'imperméabilité, somatique ou psychi-

1. A ce propos, il est peut-être utile de souligner que certains confesseurs expérimentés et fins psychologues ont pu constater des améliorations, par la confession fréquente, de manifestations névrotiques. Mais c'est apparemment par leur action psychologique qu'ils ont agi, beaucoup plus que par la puissance transcendante du sacrement. Sans quoi les autres, moins psychologues sans doute, obtiendraient les même résultats, ce qui n'est pas. On voit aisément le danger, toutefois, de cette action sur un double registre, faite sans une information méthodique des réalités psychiques ! Sans compter le risque qui persiste d'entretenir chez le pénitent la préoccupation exclusive ou excessive de tel aspect de son comportement qui n'est précisément pas, dans le cas concret, le biais par lequel il doit s'y prendre pour développer sa vie spirituelle.

que, que tout être déchu porte en lui. Bien au contraire, la Lumière du Verbe assume ces « corps étrangers à la vie » et les fait éclater dans le mystère de la mort rédemptrice. Si l'on peut ainsi s'exprimer, dans la vie du temps, le courant de cette « Lumière » surnaturelle prend tout l'être personnel, tel qu'il est, misères comprises, mais il faut la mort et la résurrection pour que cet être soit désormais lumineux par lui-même, cette clarté souveraine lui étant devenue radicalement intérieure par la « vision face à face » de saint Paul. Et le rôle de cette « Lumière » est bien, si nous en croyons l'Église, la restauration radicale surnaturelle de l'homme, et non point la guérison temporelle de ses maladies. Attendre des signes efficaces de cette Lumière surnaturelle la guérison d'un trouble psychique ou somatique serait, littéralement, attendre un miracle. Mais si cette attente est vécue comme celle d'un résultat direct et logique, elle trahit le centre même de la doctrine du Christ et de l'Église, c'est-à-dire une saine notion du surnaturel.

D'autre part, le sacrement est un « signe sensible efficace ». C'est-à-dire qu'il produit la grâce (vie transcendante d'amitié avec Dieu) en la signifiant par le moyen d'un rite sensible que le sujet peut percevoir, comprendre et accepter dans sa signification efficace du mystère. Mais ce signe sensible — (toujours inspiré d'un symbole : l'eau pour le baptême, la nourriture pour l'Eucharistie, etc.) et son orchestration liturgique peuvent avoir, par leur aspect sensible seul, des retentissements psychologiques directs d'ordre purement naturel : impression, grandeur, admiration, exaltation, frémissement, etc.; tous effets qui sont directement comparables aux résultats produits par un jeu scénique auquel on assiste ou auquel on participe. Il faudrait dire et redire la si fréquente confusion que l'on fait entre ces résultats et la vie de la grâce !

Pour le sacrement de pénitence, cet effet affectif du contexte liturgique est particulièrement intense, car il s'inscrit dans la ligne d'une des réalités névrotiques les plus sensibles et les plus répandues : l'angoisse d'insécurité. S'il est regrettable que l'apaisement affectif provisoire de l'angoisse soit pris pour la restauration en grâce, il serait peut-être encore plus regrettable que la pratique concrète de la confession centre la préoccupation consciente du sujet sur ces zones d'ombre dont nous parlions à l'instant, au point d'en faire l'objet exclusif d'une peur plus ou moins anxieuse qui paralyse l'épanouissement

spirituel vrai. On peut dire alors que la pratique de la confession trahit le sens même du sacrement. Et le fait, pourtant, n'est pas exceptionnel.

De ces quelques réflexions, il ne faudrait pas tirer la conclusion que le sacrement de pénitence reste toujours sans effet thérapeutique proprement dit sur des éléments névrotiques vrais. Mais il n'est pas, en tant que tel, destiné à cela. Et il ne faut pas s'étonner qu'il reste très souvent, sur eux, sans résultat. Même si ces éléments névrotiques se traduisent dans le comportement par des actes matériellement peccamineux, cette inefficacité thérapeutique ne compromet en rien la « guérison de l'âme » au sens ontologique et mystique. Ce sont deux domaines sans commune proportion; ou pour reprendre l'expression pascalienne, ce sont deux « ordres » sans commune mesure.

Quand on la constate cliniquement, une amélioration de signes névrotiques peut se rapporter à deux sortes de mécanismes d'une part, il peut y avoir de la part du confesseur une véritable action psychothérapeutique, consciemment voulue ou non de sa part. Elle se manifeste précisément par le moyen de tout le contexte sensible : accueil, monition, détentes, soutien amical, etc.; bref, par l'aspect purement naturel de ce que la confession comporte de contact humain. Nous pensons à un exemple très précis où un confesseur, en deux ans, réussit à lever en grande partie une lourde hypothèque névrotique chez une pénitente, par une action patiente, très intelligemment éclairée, des notions sûres de psychologie profonde. Mais cela ne peut être que *très exceptionnel*. Il faut un confesseur très averti, très prudent, très informé de technique et de méthode psychothérapique. De manière générale, et dans le principe, cela nous semble très nettement à déconseiller dans les cas de névroses constituées. En l'occurrence, d'ailleurs, l'action de ce confesseur, par le fait même qu'il assumait les deux rôles de thérapeute et de ministre sacramentel, s'est heurtée sans espoir à tout ce que la situation comportait de pseudoculpabilité névrotique dans sa psychogénèse. Il a fallu changer de tactique et séparer les deux territoires pour achever un travail qui, malgré sa sûreté et sa prudence, était voué à l'échec. Dans des cas où seules des traces névrotiques non absolument fixées sont en jeu, il sera donc fort possible et même fréquent que la personnalité et l'adresse du confesseur obtiennent une guérison satisfaisante. Mais quel danger ! La

prétention thérapeutique de confesseurs vaguement teintés de psychologie clinique est peut-être encore plus dommageable que l'ignorance. Celle-ci, bien souvent, est empiriquement compensée par le bon sens et l'expérience; mais à la condition qu'elle ne soit pas un refus systématique de la petite psychopathologie, ou un carcan d'idées préconçues... Auquel cas on peut souvent constater une aggravation de la névrose, ou même la cristallisation de tendances névrotiques jusque-là sans grande importance[2].

D'autre part, il est indéniable que le développement harmonieux et bien équilibré d'une vie spirituelle centrée par les vertus théologales peut avoir un retentissement heureux, par voie de conséquence, sur des contractures névrotiques. Si la pratique de la confession — satisfaisante cette fois sur le plan théologique et non plus seulement psychologique — favorise ce développement, il se peut alors, dans certains cas, qu'elle ait, indirectement, d'heureux résultats thérapeutiques. Mais il faut alors que la recherche morale soit positive; qu'elle soit *religieuse* et non légaliste, c'est-à-dire vitalement et essentiellement centrée, selon la parole du Seigneur, par la préoccupation première, consciente et constante, de la charité. L'introduction consciente et volontaire dans le système surnaturel de relations dévoilé par la foi polarise positivement tous les dynamismes non bloqués du psychisme. Il est alors possible que, par contagion en quelque sorte, ceux qui névrotiquement sont restés régressifs en reçoivent un regain de puissance de libération. Nous en avons connu un exemple très frappant chez lequel l'évolution spontanée, centrée par une progression spirituelle très riche développée en lui par le travail mystérieux de la grâce, a réduit à quelques chiquenaudes le travail psychothérapique qui aurait autrement, sans aucun doute, demandé de longues séances. Il s'agissait d'un jeune homme dont l'évolution affective — ainsi que la cure finale l'a montré — s'était engagée sous le signe de l'échec et de la culpabilité névrotique, à cause de traumatismes successifs se situant autour de l'âge de trois ans. La vie spirituelle du sujet s'est orientée de plus en plus vers l'idée de sacrifice positivement efficace, par identification très objective à l'échec victorieux de

2. Nous pensons à un homme qui, normalement orienté dans son instinct sexuel vers seize ans, mais avec quelques traces narcissiques, a été littéralement rendu homosexuel et phobique par un confesseur habituel maladroit.

la Croix. Il a suffi, en l'occurrence, de quatre entretiens vers l'âge de vingt-quatre ans pour que la remontée cathartique des traumas infantiles se fasse et pour que disparaissent les quelques signes d'instabilité affective névrotique qui gênaient encore assez fortement le sujet.

Mais de telles observations demeurent cependant la minorité. Une semblable amorce de guérison est en quelque sorte une surabondance de la miséricorde de Dieu, seul maître de ses dons. Elle n'est pas de l'ordre sacramentel. Et si Dieu nous laisse nous débattre au sein de difficultés psychologiques parfois lourdes à porter, ne serait-ce pas pour approfondir par ce moyen la perception vitale de notre besoin de Lui ? Ne serait-ce pas, en d'autres termes, pour vivifier en nous cette force primordiale de l'humilité ? Nous oublions aisément cet étrange dialogue avec Dieu que saint Paul rapporte dans 2 Cor., 12, 7-10, à propos de ce mystérieux *ange de Satan chargé de le souffleter*, et la réponse si claire du Seigneur : *Ma grâce te suffit, car ma puissance se déploie dans la faiblesse.*

Il est bon, semble-t-il, pour terminer, d'avancer quelques remarques d'ordre pratique.

Que doit-on entendre par « névroses » ou par « traces névrotiques » ? Y a-t-il une délimitation immédiate et évidente entre la névrose et le péché ? En d'autres termes, si l'on considère trop l'aspect pathologique, ne va-t-on pas évacuer la notion de péché ?

Il semble au contraire que l'étude attentive de ce qu'il peut y avoir de pathologique dans le comportement humain nous aide à mieux situer la vraie responsabilité morale, en la dégageant de ses caricatures. Mais cela ne peut se faire que dans une perspective de cas d'espèces. Ce n'est pas au « concept » de chrétien que l'on a affaire, mais à des personnes vivantes, singulières, infiniment complexes.

D'une manière générale, cependant, on peut dire, je crois, que la responsabilité vraie se situe souvent ailleurs et bien au delà des problèmes qui préoccupent certains sujets. Il y a du « névrotique » dans beaucoup de nos réflexes ou de nos actions. C'est une question de degrés. Et la plupart du temps un être humain dit normal est un tout complexe : sur certains aspects de son comportement il sera tout à fait libre d'influences pathologiques, alors que sur d'autres de petits facteurs

névrotiques, d'importance extrêmement variable, se composeront avec sa liberté. C'est alors que doit intervenir la distinction soigneuse entre la « guérison surnaturelle » et la psychothérapie.

L'exemple de l'obsédé psychasthénique, torturé de scrupules, est particulièrement clair, car sa crainte du péché mortel se situe visiblement sur un plan maladif, tant par la matière sur laquelle elle porte que par la puérilité des motifs et la disproportion de l'angoisse. Il est bien évident, alors, que l'attitude vraie de pénitence ne saurait porter sur le domaine des scrupules qui sont névrotiques. Le mieux serait que le sujet apprenne à se confesser de tout, *excepté* de ses scrupules, et que ce dernier domaine soit réservé au psychothérapeute.

Il peut être nécessaire de demander à de tels sujets de raréfier au maximum leurs confessions, jusqu'à un rythme mensuel ou bimensuel, alors qu'on les encouragera à la communion fréquente. La pratique de la confession, dans ces cas, ne saurait être inoffensive sur le plan psychique qu'à la condition d'être conçue toujours davantage sur le plan exclusivement surnaturel. Nous avons trop souvent l'occasion de voir des malheureux chez qui la confession trop fréquente et mal faite a fixé en véritable névrose une tendance obsessionnelle héritée de l'enfance. Si le sacrement, comme tel, était curatif sur le plan psychique, cela ne se verrait pas ! Il peut y avoir des conflits d'agressivité familiale, enracinés dans des réactions émotionnelles infantiles, qui posent de graves problèmes d'ordre moral. Or, souvent, ces conflits reposent sur des peurs primitives, ressenties comme des sortes de « culpabilités » inconscientes contre lesquelles le sujet se défend instinctivement sans guère pouvoir dominer ses réactions, dont il ne comprend pas, d'ailleurs, l'origine. Là encore, la confession — si elle n'est pas tout entière orientée au surnaturel vrai — risque fort de n'être point thérapeutique, au contraire. La contracture de fausse culpabilité morbide ne sera pas résolue et ne laissera pas la place au progrès spirituel, dans la mesure où un climat d'impératif moral viendra la renforcer. Cela peut aboutir à des drames de conscience, qu'une juste perception des choses aurait évités, et que parfois quelques entretiens d'ordre psychothérapique auraient résolus par avance.

Un troisième exemple est celui de l'adolescence et de ses drames sexuels. Dans les conditions actuelles d'éducation et

de climat, on ne peut nier que les risques d'épisodes réellement névrotiques *passagers* sont considérables. L'adolescent moderne est tout aussi capable que celui des siècles de chrétienté de vivre la chasteté; mais à condition que le climat éducatif et moral ne l'en empêche pas en créant en lui une sorte d'épouvante qui se cristallise sur un domaine dont on ne lui a rien dit dans la lumière de la vérité.

Chez un adolescent chrétien, vraiment et profondément habité par la foi, la masturbation — cette plaie des pénitents et des confesseurs — comporte indiscutablement et souvent des facteurs névrotiques accidentels qu'il s'agit précisément de liquider et non point de fixer. L'échec thérapeutique de la confession fréquente est ici tout aussi frappant que dans le cas de l'obsession. Combien de jeunes gens se sont éloignés de la pratique religieuse et de l'Église, découragés par cet échec! Ils attendaient le miracle qui n'est pas venu, la plupart du temps parce qu'on les a entretenus, sans le vouloir, dans cet espoir et cette confusion. C'est bien dans ce genre de situation — qui n'est pas à proprement parler une névrose mais une période difficile à franchir — qu'apparaît clairement cette évidence : le sacrement de pénitence n'est pas fait pour agir, comme tel, sur les hésitations sous-jacentes du psychisme. Il arrive encore trop souvent que la pratique de la confession fréquente mal comprise (« confessez-vous souvent; tenez une comptabilité des chutes et des victoires; priez bien la Sainte Vierge, etc. ») aboutisse à une véritable phobie obsessionnelle qui enferme le sujet dans son habitude, borne sa préoccupation morale au seul chapitre sexuel et stérilise pour autant sa véritable vie spirituelle. Pour permettre une bonne évolution psychologique, et par suite la chasteté positive, la confession fréquente doit être conçue par le sujet telle qu'elle est : un mode d'enrichissement spirituel général, et non un moyen magique de « renforcer sa volonté » ou de sortir de son habitude. En d'autres termes, il faut que le sujet la connaisse comme un sacrement de restauration surnaturelle, et non comme une « médecine » à laquelle on recourt un peu comme à un guérisseur. Quand il n'y a pas de névrose installée par dessous, la guérison viendra de l'épanouissement général du psychisme sous l'influence d'une synthèse de vie bien ordonnée. Il s'agit que la fréquentation du sacrement de miséricorde augmente chez le sujet de vie théologale d'abord, et cela par la culture d'une humilité vraiment chrétienne, sereine

et fondée en espérance, à la manière du publicain de la parabole. Cela porte essentiellement et d'abord sur l'intégration de plus en plus profonde à la Rédemption par la foi. Il s'agit ensuite que, par cet éclairement progressif par le haut, tout ce qui est disponible psychologiquement chez le sujet en crise soit mobilisé dans ce sens; c'est-à-dire que tous les domaines de son comportement où il n'y a pas de gêne névrotique se développent volontairement dans la ligne chrétienne. Si l'on se reporte à la description thomiste de l'organisme moral, on s'aperçoit que l'exigence de charité — qui est la forme de toute vertu — se répand en de fort nombreuses perspectives au milieu desquelles la chasteté n'est qu'un chapitre de la tempérance. C'est-à-dire qu'un sujet comme notre adolescent aurait sans doute intérêt à jouer à plein de ces perspectives (justice, prudence, force...) où il est psychologiquement plus libre que sur le plan sexuel, provisoirement plus handicapé. C'est à ce prix qu'il se libérera aussi de ses poussées obsessionnelles d'ordre sexuel et qu'il instaurera une chasteté positive et réelle. Ainsi que le dit le Souverain Pontife dans son discours au cinquième Congrès internationel de Psychothérapie (Rome, Pâques 1953) : « Vis-à-vis du péché matériel, elle (la psychothérapie) ne peut rester neutre. Elle peut tolérer ce qui, pour l'instant, demeure inévitable. Mais elle doit savoir que Dieu ne peut justifier cette action. » Dans une telle situation, il y aurait un double danger. Le premier serait, devant l'échec de la confession fréquente, de démissionner en quelque sorte et de laisser entendre au pénitent qu'après tout, dans son état, « ce n'est pas si grave que ça ». Le second serait, par des injonctions brutales et l'affirmation péremptoire de la damnation, de renforcer chez le pénitent la crispation obsessionnelle et le désespoir devant l'échec lamentable de cette « thérapeutique ». Il semble qu'une synthèse pratique soit tout de même possible qui tienne compte *à la fois* de deux réalités apparemment opposées : l'exigence morale qui ne comporte pas de compromissions, et la réalité subjective du pénitent qu'il ne s'agit pas non plus de compromettre dans son équilibre spirituel. La toute première condition de cette synthèse paraît être précisément d'éviter au maximum la confusion entre le sacrement de pénitence et une thérapeutique psychique, et donc de situer soigneusement la confession sur son plan véritable : le mystère de la grâce, accessible par la seule foi.

Peut-être y aurait-il alors un effort à faire pour mieux discerner, dans la pratique courante, le sacrement de miséricorde de ce qu'il est convenu d'appeler la « direction de conscience ».

Le sens de la monition que comporte le rite sacramentel aurait besoin d'être repensé. Sans être taxé d'exagération, on peut dire que, trop souvent, cette monition est faite dans la perspective d'un moralisme naturel plus que dans celle d'une vie spirituelle destinée à polariser le comportement concret. Dans l'effort général de renouveau liturgique, n'est-il pas souhaitable que ce sacrement qui rétablit en grâce soit restauré, lui aussi, dans son authenticité et sa grandeur de rite et de signe efficace ? Le « directeur de conscience » — qui serait bien mieux désigné par le terme de « conseiller spirituel », pour dissiper toute nuance de paternalisme — serait alors tout à fait distinct du ministre du sacrement. Il ne faut pas oublier que n'importe quel prêtre peut être ministre, alors qu'il n'est pas indispensable d'être prêtre pour être conseiller spirituel.

Le fils qui rompt avec sa famille, par sa faute, en injuriant gravement son père par exemple, sans autre raison que son orgueil, ne pourra, le jour venu, rentrer dans la famille que s'il demande, de quelque manière, ce retour. Personne ne peut faire pour lui, et sans son consentement, la tentative de rapprochement.

Par contre, dans une famille, la vie quotidienne comporte mille frictions, maintes manifestations de mauvaise humeur, maints tiraillements, que chacun regrette, certes, mais qui ne déchirent pas radicalement l'unité. Le soir venu, on se dit bonsoir et on se pardonne mutuellement ces petits froissements, de manière explicite ou non.

Cette comparaison nous est suggérée par le Seigneur lui-même dans la parabole du fils prodigue. Elle nous permet, bien qu'imparfaitement comme toute comparaison, de nous faire une idée du double aspect que présente le sacrement de pénitence.

Dans un premier aspect, il est nécessaire. Par révolte ou par faiblesse, il y a eu rupture vitale avec Dieu, c'est-à-dire péché mortel formel. Aucune réconciliation n'est possible si on ne vient pas la demander, par un geste visible, explicite et de portée en un sens sociale.

Dans un second aspect, il n'est plus formellement néces-

saire. Le nombre, même élevé, des défaillances, des inattentions, des insuffisances (portant même parfois sur des sujets graves) n'a pas consommé la rupture délibérée. Mais alors la confession fréquente est ce moyen unique de renforcer l'unité, d'approfondir la vie d'union au Père. Son effet premier sera d'augmenter cette attitude de l'âme qui, chaque jour un peu plus consciente de sa faiblesse, regrettant chaque jour de « décevoir Dieu » si l'on peut dire par ses défaillances, s'efforçant chaque jour de les dépasser davantage, se réfugie en même temps en la toute-puissance de la Rédemption. C'est alors un mode puissant de vie religieuse et, dans cette perspective, on comprend fort bien que certains saints se soient confessés chaque jour.

Mais si, trop souvent, on constate l'inefficacité totale de la confession fréquente, c'est sans doute qu'elle est mal comprise. Ou bien c'est une sorte de marché juridique, l'accomplissement d'un rite vide et formaliste, la routine traditionnelle avec laquelle se combine la plupart du temps cette impression vague ou formulée : la communion est une récompense que l'on ne peut recevoir sans s'être confessé. Faut-il que l'enseignement doctrinal, pour aboutir à une telle caricature, ait été coupé de la spiritualité la plus essentielle!

Ou bien, c'est que le pénitent y recourt comme à cette « médecine magique » dont nous parlions plus haut. Sans s'en rendre compte, il réquisitionne la grâce pour essayer de faire disparaître un symptôme qui le gêne, le tourmente, ou vexe son amour-propre.

C'est à cette attitude que tendrait une conception psychothérapeutique du sacrement de pénitence. En un monde où s'élabore enfin, au milieu parfois de réelles aberrations, la recherche authentique du sacré, il était bon, semble-t-il, de le souligner. La science humaine moderne, sur le plan psychologique, est suffisamment solide déjà pour qu'on ne fasse pas appel à un « surnaturel » équivoque. Et la transcendance de la grâce ne saurait être confondue avec ce « surnaturel » qui, à la limite, ressemblerait fort à l'art des guérisseurs...

Marc Oraison.
Docteur en théologie.
Docteur en médecine.

FOI ET INCROYANCE DANS LES ÉTATS DÉPRESSIFS

Le travail de collaboration entre le prêtre et le psychiatre risque de s'enliser si tous deux s'épuisent à discuter, à bâtir des programmes et à délimiter. Il leur faut s'orienter vers des faits concrets et individuels devant lesquels chacun tentera d'apporter une solution, tandis que certains points demeureront nécessairement en suspens.

Dans le difficile problème de la foi et de l'incroyance chez les déprimés, seul un tel effort s'avèrera fécond et non une analyse exhaustive des phénomènes morbides: cette image intérieure du patient, il ne faut la décrire que dans la mesure où elle éclaire des problèmes communs. On n'étudie ici qu'un trouble psychique parmi d'autres et de ce trouble un aspect isolé. Aussi le profane doit-il se garder de généraliser, de se référer à sa propre expérience ou à celle d'autrui. Hasarder à la lumière de ces nouvelles perspectives un regard sur l'essence de la foi, c'est le but suprême de cette étude.

Nous partirons d'une observation vécue. Après plusieurs entretiens spirituels qui semblaient être restés sans profit, un pasteur envoie un jeune homme consulter le médecin. Le patient, sans donner aucun signe extérieur de troubles psychiques, déclare tranquillement : « Je ne vois plus ni sens, ni but à ma vie. Tout me semble inutile; la croyance d'ordre intellectuel ne s'accompagne d'aucune confiance. Je me reproche de n'avoir pas nettement adhéré au Christ. Souvent, en de petites comme en de grandes choses, je connaissais sa volonté, mais j'agissais devant Dieu, contre cette conscience. Dieu ne peut faire davantage que de nous offrir son Évangile. Si on le refuse, on va à la dérive. Je ne vois aucun secours possible.

Je ne crois pas sérieusement au pardon parce que je ne me prends pas moi-même au sérieux. Il existe un péché irrémissible dans le temps et dans l'éternité, c'est le péché contre le Saint-Esprit. Je l'ai commis parce que je n'ai pas cru au pardon des péchés. Lorsque je me présente à la Sainte Cène, en toute lucidité, je me heurte plus qu'à une muraille. Plus que toute autre me frappe cette parole : *Parce que tu n'as pas su reconnaître le temps où tu as été éprouvé...* Les excuses, les prétextes de dispositions constitutionnelles, de maladie cherchent à esquiver la responsabilité devant Dieu. Le cœur reste indifférent. Je n'ignore pas les terribles rigueurs divines mais, par ailleurs, je suis insouciant du jugement. »

Ces affirmations touchent à une question fréquemment débattue au cours des rencontres entre prêtres et médecins. S'agit-il là d'une crise religieuse chez l'individu normal, qui lutte et doute avec sincérité, ou d'une maladie psychique? Point crucial où le théologien implore du médecin une recette efficace; pour délimiter la zone d'influence du directeur spirituel et celle du psychiatre ou psychothérapeute, la réponse sera souvent décevante. Si quelqu'un vient s'accuser d'être foncièrement perverti, cela peut être la confession d'un bien portant aussi bien que l'imagination maladive d'un mental ou d'un psychopathe. En bien des cas analogues à celui que nous avons cité, les deux explications sont valables. Sauf lorsque la bizarrerie de certains propos trahit l'origine morbide, le « fond » se montre beaucoup moins révélateur que la « forme », l'ensemble biographique et psycho-physiologique dans lequel il vient s'insérer et sur quoi se greffent les troubles de l'intelligence et de la volonté. Aussi entrevoit-on déjà la nécessité d'un examen approfondi des phénomènes psycho-biologiques et l'insuffisance d'une brève formule « à tous usages ».

Le cas de ce jeune homme était difficile à trancher, même pour un psychiatre. Une sorte de paralysie dans l'attitude ainsi que de très spéciales sensations physiologiques firent conclure à un état dépressif, diagnostic délicat qui s'avéra exact puisqu'un traitement approprié amena la guérison immédiate et avec elle l'apaisement des scrupules religieux.

Cet état mélancolique, d'origine authentiquement morbide, ne peut se confondre avec des manifestations plus anodines et d'expérience quotidienne, fruits de dispositions physiques et morales, susceptibles de retentir sur toute la santé. Ici, nous n'avons en vue que les véritables dépressions, c'est-à-dire l'état

le plus cruel qui se puisse concevoir[1]. Maladie non de l'esprit (l'on emploie à tort des termes tels que « maniaque dépressif », « égaré »), mais de la sensibilité. Malgré notre désir profond de nous assimiler l'expérience intime de ces malades, celle-ci reste en dernier ressort incompréhensible dans ses causes et dans ses caractères. La morbidité se reconnaît essentiellement à ce que, sans motivation convaincante, l'élan vital, la chaîne des intérêts et des valeurs sont brisés. Nous croyons connaître la tristesse, mais celle des déprimés, un de leurs symptômes principaux, est d'une nature très particulière. L'expression « tristesse vitale » marque clairement combien cette transformation si douloureuse revêt un caractère presque élémentaire et s'enracine dans l'organisme tout en restant insaisissable parce qu'essentiellement subjective.

Quant à « l'inhibition vitale », cet autre symptôme, il est impossible de le comparer avec certaines inhibitions fréquentes dans la vie de tous les jours.

Certaines dépressions se localisent d'une manière toute physiologique dans le ventre, la tête, le cœur, l'estomac, le plexus solaire. Beaucoup d'autres affectent davantage le terrain mental ou psychique. A tous les degrés on retrouve presque toujours une angoisse sans fondement. Les forces d'énergie, le « tonus », sont entièrement anéantis, l'extérieur du malade en témoigne à lui seul. Dans les cas extrêmes, beaucoup se plaignent d'une oppressante incapacité à se décider, toute perspective d'avenir semble bouchée et souvent ils ressentent un dégoût de la vie qui peut croître jusqu'au désir du suicide.

Les déprimés ne sont pas toujours aux prises avec des problèmes religieux. Cette remarque est essentielle pour notre étude. Nous constatons chez eux comme un nouveau champ de vision revêtant toutes choses d'une sombre coloration; vision dont l'amplitude embrasse le champ des expériences passées, les horizons de l'esprit, le monde des intérêts et des valeurs. Il arrivera qu'un surveillant de prison, dont la conduite a toujours été irréprochable, se sente torturé de remords, s'accuse d'avoir été injuste envers certains détenus et attende sa propre condamnation; ou qu'un grand négociant s'imagine être poursuivi, acculé par des créanciers sans qu'il en

1. « Plus dur à supporter que mes mois de déportation à Ravensbrück » confiait une ancienne malade à son médecin.

résulte en même temps un bouleversement de leur univers religieux.

Cependant, il y a des états dépressifs qui s'accompagnent d'un véritable ébranlement des croyances, cas fréquent chez des êtres qui tout au long de leur vie ont connu des préoccupations spirituelles, étaient même parvenus à une certaine assise de leur vie intérieure. Trop souvent l'on a voulu prétendre, avec un léger accent moralisateur, qu'à une attitude d'indifférence ou d'hostilité religieuse correspondait, comme par une sorte de châtiment, un déferlement de détresse spirituelle au cours d'une crise dépressive, ou même que celle-ci pourrait être provoquée uniquement par ce comportement antérieur.

Ceci n'est pas exact. Par ailleurs, une piété fidèlement conservée depuis l'enfance ne rend pas invulnérable à la dépression ou à la crise religieuse qui l'accompagne. Nous connaissons, certes, des malades qui, arrivés au paroxysme de la détresse psychique, jettent l'ancre dans une confiance fondée sur la foi, inébranlable... Et toute influence spirituelle doit tendre à renforcer cet appui. Mais pour d'autres, infiniment nombreux, la brisure est complète. « La dépression exclut une foi et une confiance vivante. » Le mot de ce malade est juste, à condition de ne pas inverser l'ordre des termes et de ne pas voir dans l'état pathologique la conséquence d'une foi défaillante. Certaines dépressions peuvent naturellement provenir d'une vie spirituelle déséquilibrée et entachée de fautes; l'option religieuse peut être éludée par la fuite dans la maladie; mais ces cas sont du ressort des névroses et des dépressions réactives « psychogènes » plus que d'authentiques dépressions « endogènes ».

De nombreux propos recueillis auprès des malades nous permettent de discerner deux tendances principales en ce qui concerne la foi. Certains sujets doués d'une grande acuité de conscience sont comme envoûtés par un sentiment élémentaire de culpabilité. Au dire du docteur Welbrecht il s'agirait là d'un sentiment absolument autonome, tandis que le docteur Gebsattel tente ingénieusement de la relier à d'autres troubles basiques. Pour nous, il importe davantage que chez quelques-uns la cristallisation s'opère précisément dans le domaine religieux. Les malades croient avoir amoncelé sur eux un tel poids de fautes que tout pardon, même le plus explicitement formulé, leur apparaît inconcevable alors qu'ils

en reconnaissent la valeur pour autrui. Seules des paroles de condamnation arrivent à percer, à provoquer des résonances, mais c'est pour confirmer les réprouvés dans la certitude d'une perte définitive. « Les promesses ne me consolent pas, ne valent pas pour moi » explique un malade. Et un autre : « Même durant la Sainte Cène, je n'entends que ces mots : *Celui qui mange et boit indignement, mange et boit sa propre condamnation.*

Selon l'expression de Frankl[2], « c'est le *Dies irae* en permanence ». Et lorsque ces gens-là ouvrent leur Bible, ils se cramponnent sans cesse aux passages qui les fortifient dans leurs pensées d'auto-destruction. Ainsi, un homme riche, célèbre, arrivé au terme d'une brillante carrière se sent-il frappé au cœur par ce verset des Proverbes : *Les sages récolteront les honneurs, mais lorsque les insensés accéderont au pouvoir, ils seront confondus.*

Et il ajoute : « N'est-ce pas là mon histoire ? J'ai beaucoup gagné, créé, accumulé des mérites, mais à la fin viendront l'échec et la confusion. »

Ici, le directeur spirituel se tiendra sur ses gardes. Le sens du péché, de la culpabilité sont bien moins l'indice d'un « refus » antérieur que la conséquence et l'expression de la maladie. Il serait désastreux de leur accorder une valeur objective, décisive, qui fortifierait le malade dans son attitude. Celle-ci disparaîtra très naturellement en même temps que l'état mélancolique pour faire place, dans le cas d'une phase maniaque, à des sentiments également morbides de puissance débordante. A ce moment, toute pensée de faute est rejetée et le malade prétend s'élever plus haut même que Dieu.

Tous ceux qui souffrent de cette forme de dépression se sentent néanmoins pénétrés de l'Être et de la Puissance divine, la Parole leur parvient encore, même si c'est, comme ils le croient, pour les anéantir. Au contraire, chez d'autres, beaucoup plus nombreux, le contact divin a presque totalement cessé (du moins autant que nous puissions en juger).

Leur univers se décolore. C'est un état de vacuité et de paralysie sans aucune possibilité d'élan sensible. Toute vie, extérieure aussi bien qu'intérieure, apparaît artificielle, schématique ; parfois elle est littéralement supprimée. C.-F. Meyer décri-

2. Actuellement le plus illustre représentant de l'École viennoise depuis Freud.

vait ainsi sa propre expérience : « Prisonnier d'un cercle maléfique, je ne vivais pas, j'étais figé dans un rêve. » Ces malades peuvent être tellement morts à toute vie de sensibilité qu'ils ne possèdent même plus la faculté de souffrir. Étrange paradoxe. C'est là, dans ce « sens de l'insensibilité » que le mal atteint son paroxysme et ils ressentent comme une délivrance de pouvoir à nouveau pleurer, pâtir, s'émouvoir! Cette torpeur douloureuse s'étend chez beaucoup de sujets, et dans une large mesure à la vie de la foi précisément lorsqu'elle a été vécue intensément. Le contenu du message est connu et compris, mais la parole sans réalité n'inspire et ne soutient pas. Un malade dit : « Dans la dépression, Dieu se tait. » Et un autre : « Tout est émoussé, l'Évangile me semble parfaitement compréhensible, mais ni Dieu, ni le Christ n'ont de réalité. Je me trouve dans l'état pénible d'un cadavre vivant; je ne peux plus prier. » A travers cette optique, on dénigre la vie chrétienne de jadis. Un malade, dont la foi paraissait solidement ancrée, s'écrie : « Jusqu'à présent, j'ai cru machinalement d'une foi à la bonne franquette. Je ne peux pourtant pas me contenter de réciter des versets bibliques. Quelque chose doit exister qui donne une stabilité et une force nouvelle. Il est écrit : *Venez à moi, vous tous qui êtes chargés*, et je vous soulagerai. Mais une telle parole ne me porte plus. » D'un autre encore, cette plainte : « Ce ne sont que cendres; puisse Dieu vous consoler comme un juste Père, mais pour moi la grâce s'est obscurcie et les prières ne représentent plus qu'un vain bavardage. »

Ici, la torpeur du substrat affectif comme aussi l'inhibition sont symptomatiques, car la foi comporte toujours un élément dynamique rendu impossible par cette apathie pathologique. Pourtant les malades souffrent de cet état et tentent, en des efforts apparemment stériles, de raviver leur vie spirituelle. La réalité profonde du rapport « Dieu-homme » ne peut se mesurer par leur impression d'éloignement. Peut-être, au contraire, n'ont-ils jamais été aussi proches... Ces sentiments de culpabilité et de vide intérieur s'entremêlent d'angoisses primitives, irraisonnées, surgies du fonds de l'être.

Nous ne nous attarderons pas à les analyser.

Comment traiter l'ensemble de ces cas ?

Lorsque les détresses jouent si visiblement sur le plan religieux, on serait tenté d'accorder à l'action spirituelle le rôle

prépondérant et de considérer la participation du médecin comme inutile ou périlleuse. Ces malades connaissent l'abîme qui sépare Dieu du néant des créatures. Ont-ils besoin d'être appelés à la pénitence individuelle? Le terrain n'est-il pas tout prêt à recevoir la promesse? Hélas, en réalité, toutes les issues sont bouchées, la réceptivité, l'élan sont étouffés... La direction spirituelle garde pourtant son utilité; après l'avoir refusée au début, ils restent en général reconnaissants de ce qu'on ait inlassablement cherché à les secourir. Mais il ne faut pas, sauf miracle, attendre un changement dans l'attitude religieuse et un réel effet thérapeutique. La psychothérapie proprement médicale est elle-même insuffisante lorsqu'il s'agit de dépressions si graves et l'on ne pourra escompter une profonde amélioration ou une guérison qu'en s'attaquant à la maladie sur le terrain somatique.

Ceci est rendu possible (jusqu'à un certain degré) par l'électro-choc, l'insulinothérapie et la malariathérapie. Le processus de la guérison par « choc » reste encore enveloppé de mystère, son efficacité est incontestable, quoiqu'il s'agisse surtout d'influencer la phase en cours plus que de supprimer l'ensemble du mal et que les résultats acquis ne soient pas toujours durables. Pour bien des croyants, il y a là un phénomène incompréhensible : à l'instant où l'intervention thérapeutique assainit le climat psychique, relève le niveau de l'humeur, de l'énergie, de l'activité générale, les croyances reprennent vie, et ceci indique clairement combien l'équilibre de la vie spirituelle dépend d'un certain conditionnement psychologique. Chez un malade dont les croyances et pratiques de longue date s'étaient anéanties au cours d'une grave crise dépressive à forme religieuse, le problème se posait dans toute son acuité.

Lorsque nous lui conseillâmes, après de vaines tentatives de cure spirituelle ou psychothérapique, d'user d'un traitement d'électro-choc, il s'écria avec violence : « Vous espérez donc m'infuser à nouveau la foi, grâce au courant électrique? Et si vous réussissez, comment pourrais-je désormais me reposer sur elle? » En un sens analogue, une femme dont le mari ainsi traité rentrait chez lui guéri, n'osait pas se réjouir véritablement. « Car, disait-elle, quelques années auparavant, une crise plus légère avait été guérie par les longues et ferventes supplications d'un petit cercle de chrétiens, on s'était abandonné totalement à l'action de Dieu, la guérison semblait un

exaucement. En cette récidive grave, le bras divin aurait-il moins de puissance? Fallait-il donc y adjoindre le concours du médecin et de la technique de ses appareils? »

Nous devons répondre, du point de vue médical, que même si les doutes religieux occupent le premier plan, il s'agit, ici, de maladies authentiques. Les scientistes adopteraient volontiers l'hypothèse suivant laquelle une première phase dépressive cède d'elle-même en temps voulu; ainsi le déroulement naturel de la maladie coïnciderait-il avec « l'exaucement ». Explication que nous n'adoptons pas exclusivement. Nous croyons à la puissance effective des prières, mais sommes également convaincus que Dieu intervient tout autant lorsque les guérisons s'accomplissent grâce à la main experte du médecin.

Ces traitements physiologiques font disparaître une dépression et les troubles religieux concomitants là où échouerait une simple action spirituelle. C'est un fait d'évidence et aussi un important aspect du problème que posent les rapports du corps, de l'âme et de l'esprit.

Certains théologiens se demandent si la clairvoyance du déprimé ne paraît pas supérieure à celle des autres hommes. Sa vision de la condition humaine n'est-elle pas plus réelle, mesurant à la fois l'abîme de la faute originelle et du péché, de l'autre la distance infranchissable (de notre côté) qui sépare de Dieu? A-t-on le droit de réduire les sentiments de culpabilité à des symptômes morbides et, en fin de compte, de dispenser aux patients la paix indolente et « fallacieuse » du psychiâtre?

L'on répondra que l'angoisse du péché va de pair avec les autres angoisses fondamentales : mélancolie anxieuse, angoisse de la ruine, etc. Et surtout qu'il faut rattacher les dépressions à la série des maladies physiques telles la tuberculose, le cancer... On juge alors beaucoup plus objectivement les phénomènes affectifs et les accusations morbides.

Selon la Bible, toutes les maladies sont la rançon du péché. Ce point de vue reste incontesté, mais il faut se garder de l'accentuer lorsqu'il s'agit des dépressions.

Fausse ou vraie, l'optique des déprimés n'appartient qu'à eux; elle échappe à l'individu sain; impossible à supporter, elle aboutit à l'acte qui renverse toutes les lois : au suicide, ou tout au moins au désir du suicide; et bien plus de malades

s'engageraient en cette voie s'ils n'en étaient détournés par une influence humaine ou la mise en œuvre d'un traitement.

En fin de compte, nous appuyant sur le Nouveau Testament, disons bien haut que le déprimé, s'il est en mesure de percevoir quelque chose de la suprême réalité, n'accède pas à son aspect essentiel, celui, proprement évangélique, de la Bonne Nouvelle. Il nous faut épuiser toutes les possibilités médicales d'adoucir ou d'abréger ces états torturants. Nous y sommes, en conscience, engagés; notre responsabilité serait immense si nous nous dérobions, en vertu de faux prétextes.

Nous restons libres de croire, cependant, que maints malades ressentent le gouffre du péché, l'éloignement de Dieu, plus profondément que des êtres normaux, forts de leur propre assurance, experts à se garer de toutes menaces. Est-ce toujours, chez ceux-ci, légèreté ou indolence? Des forces salutaires entrent en jeu pour les préserver du contact incessant de l'abîme. Ils peuvent se tourner vers l'avenir, travailler, exercer une activité créatrice ou bienfaisante. Les déprimés, eux, demeurent stériles, figés dans leur inhibition, leur contemplation du néant, et capables seulement d'augmenter la détresse des autres.

Il nous faut ici franchir un pas encore et nous rapprocher de nos patients. Ce que nous avons dit précédemment laisserait supposer que les bien portants, quoique émus de compassion devant leurs douloureux destins, restent étrangers à leurs crises religieuses, eux dont la vie de foi se déroule selon l'ordre normal. Il semblerait aussi que la formation spirituelle soit œuvre humaine avant tout, et dans une certaine mesure conditionnée par la santé psychique. Ce seraient là déductions erronées.

Lorsqu'un malade nous confie que le contenu de l'Évangile lui apparaît parfaitement intelligible mais irréel et que la liaison avec En-Haut semble coupée, cet aveu nous atteint au fond de notre être; non qu'il faille, par une transition superficielle, confronter ces expériences avec les nôtres, car nous restons convaincus du caractère pathologique et foncièrement impersonnel des phénomènes dépressifs. Cependant, comment ne pas évoquer (en tenant compte de la déformation morbide) la situation commune des hommes de notre temps? Ces malades (je pense surtout à ceux dont j'ai parlé en second lieu) éprouvent au paroxysme des sentiments que chacun de nous

connaît ou suppose connaître, mais s'ingénie à voiler. Les paroles, les messages, les exhortations nous sont prodigués. Mais il manque le contact avec la vie, la réceptivité. Situation de vacuité absolue. On a fort justement constaté que notre génération était éloignée de Dieu par une totale indifférence plus que par ses doutes et ses révoltes. Dieu ne représente plus un problème, « il n'atteint plus l'homme », dit Gertrude von Le Fort. Cette rigidité totale nous est décrite de façon encore plus frappante par Sartre dans son drame *Morts sans sépulture*. A ses personnages il ne manque plus rien. Ils ont traversé les zones glacées où tout sentiment est aboli. Ils n'ont pas besoin d'être consolés.

« Comme tu dois souffrir de ne pas souffrir ? » interroge quelqu'un. Ici, le cœur tressaille pour la dernière fois avant de se figer au point mort d'une insensibilité totale.

La foi doit être vécue par l'homme tout entier en son corps, son âme et son esprit. Elle comporte un élément de dynamisme, lui-même déterminé par certaines forces énergiques, que l'inhibition dépressive veut anéantir.

Les théologiens s'effraieront peut-être en supposant que j'invoque ici un christianisme de sentiment ou une vie spirituelle à la merci des vicissitudes psychologiques, repoussant à l'arrière-plan l'expérience de foi, la libre décision, l'obéissance et surtout l'action de la grâce. Loin de là. Je pense seulement que la connaissance de ces malades éclaire le rôle du substrat psychique dans la vie religieuse, cette vie trop souvent désincarnée par une spiritualité outrancière. Hélas! sur ce terrain de l'expérience intime, qui échappe à notre emprise, combien nous sommes impuissants à agir sur nous-mêmes et sur les autres. C'est alors que se révèlent toutes les difficultés d'éveiller à la foi. Les tentatives de persuasion les plus éloquentes, les stimulants puissants échouent. Tout au plus, atteindraient à ces profondeurs les forces qui émanent de certaines personnalités, d'êtres agissant avec une simplicité et un désintéressement entiers, semblant refléter la vérité suprême. Cette influence, nous le sentons, est un don qui ne dépend pas de nos efforts.

Par ailleurs, les déprimés nous aident à comprendre mieux le privilège que représentent une certaine réceptivité, une certaine sensibilité intérieure. Peut-être la psychologie laisse-t-elle ainsi faiblement pressentir le rôle de la grâce : en cette « zone

vitale » qui se pétrifie si facilement et qui échappe à notre emprise consciente, un coin reste libre : selon la comparaison d'un malade, « le champ a été un peu labouré, la parole peut y pénétrer »; le pardon, dira aussi Thurneysen[3], c'est la bouche divine qui parle et en même temps l'oreille de l'homme qui écoute. Le pardon inclut la disponibilité de la créature pardonnée, il demeure lui-même la libre et souveraine action de Dieu dont la Parole vénérée se joue de nos développements logiques.

Plus d'un malade qui aura traversé ces douloureuses phases dépressives portera témoignage de ce don ineffable. « Je veux désormais n'être plus qu'un témoin de l'amitié de Dieu. Je ne prêcherai pas la loi, mais seulement la grâce divine », disait quelqu'un qui avait franchi cette sombre vallée de la mort.

Ainsi de tels problèmes, aussitôt qu'on les aborde, nous touchent-ils personnellement; il s'agit d'expériences sans doute infiniment éloignées de la nôtre; l'échelle de Jacob ne se construit pas d'après les données de la physique pas plus que la psychologie ne révèle les structures de la foi. Mais cette analyse de la vie religieuse des malades dépressifs pourra éclairer maints côtés généralement obscurs. Elle donnera une impulsion nouvelle à la collaboration du théologien et du psychiatre, indépendamment des voies qu'elle ouvrira à la thérapeutique spirituelle.

WALTER SCHULTE.

Trad. HENRIETTE BOURDEAU-PETIT.

3. Théologien et psychothérapeute suisse, gendre de Karl Barth.

L'INSTITUT POUR LA SANTÉ MENTALE DE ST JOHN'S UNIVERSITY — 1954

DANS les premiers mois de l'année 1954, St John's University, de Collegeville (Minnesota, U.S.A.), a cherché à mettre sur pied un plan de travail destiné à aider le clergé à se familiariser avec les problèmes de pastorale qui relèvent de la psychothérapie. Un Institut de santé mentale fut fondé Avec le concours de la fondation Hamm, de Saint-Paul, l'école organisa une série de cours d'été, d'une semaine chacun, pour prêtres, pasteurs et rabbins dans le but de leur donner des notions de base en psychologie. La première série de cours s'est tenue en août dernier et nous pouvons dès maintenant en examiner les résultats et essayer de voir ce qu'il faut penser de cet essai. Sans vouloir nous risquer à formuler un jugement définitif, nous pouvons cependant conclure que d'une façon générale, les premiers résultats des trois sessions d'une semaine menées par d'éminents psychiatres et psychologues américains et étrangers ont été satisfaisants.

Pour cette première année, l'Institut faisait expressément une expérience. Cet effort constituant le premier essai d'application pratique de la psychologie au ministère, les dirigeants de l'école ont dû sans cesse adapter leurs méthodes au cours des sessions. En fondant cet Institut, on avait pensé dès le début que cinq années de fonctionnment seraient nécessaires pour permettre de juger de son efficacité. Les travaux de la première année ont démontré la sagesse de cette prévision.

La portée de l'expérience se juge d'après les différents domaines auxquels elle touche. Un aspect remarquable de l'Institut fut le caractère éminent du corps professoral. Parmi les vingt conférenciers, tous psychiatres et psychologues de grande

notoriété, on trouvait les noms des Drs Francis Gerty, Noël Mailloux, Gregory Zilboorg, Karl Stern, Pierre Simonart. Mais ce qui paraît extrêmement significatif, c'est l'esprit désintéressé dans lequel se réunirent ces hommes éminents. Que ce soit dans les « séminaires », pendant les conférences magistrales, au cours des réunions d'information, ils évitèrent unanimement tout ce qui aurait pu ressembler à un zèle de propagande en faveur de leur spécialité. Toutes les sessions furent remarquablement dégagées de cet inconvénient qui d'ailleurs ne se trouve que dans les cours de professeurs sans intérêt.

Contre leur goût, les membres du corps enseignant jouèrent le rôle de professeurs. Leurs élèves, tous clercs, étaient venus pour apprendre. De plus, les élèves avaient été jusqu'à un certain point choisis avec soin pour être à même de profiter au maximum de l'aide que les psychiatres pouvaient leur offrir. S'il existe encore des milieux cléricaux dans lesquels l'examen scientifique d'une maladie mentale est suspecté de supercherie ou de marotte, nulle suspicion de ce genre ne se révéla alors. Les étudiants de cet Institut reconnurent la psychothérapie pour une science légitime ayant droit à être étudiée.

Il avait été tout de suite convenu que les inscriptions à chaque session ne dépasseraient pas quarante étudiants et cette restriction a été maintenue. Ce petit groupe représentait néanmoins une gamme assez complète de l'expérience pastorale. Pasteurs, aumôniers de différents hôpitaux et institutions charitables, conseillers de la jeunesse et professeurs en constituaient les éléments variés. De très jeunes hommes venaient tout juste d'être ordonnés, d'autres pouvaient compter leurs années de ministère religieux par décades ! Bien que le groupe fût à prédominance catholique et réuni sous le patronage de l'évêque de Saint-Cloud, Peter W. Bartholome, ni le corps enseignant, ni les élèves n'étaient limités à la participation catholique; luthériens, épiscopaliens et autres dénominations religieuses étaient représentés à chaque session. Dans un pays où le courant œcuménique ne s'est pas encore imposé à l'attention des catholiques et non-catholiques, une telle reconnaissance implicite de préoccupations religieuses communes constituait elle-même une réussite concrète.

Un programme de base avait été rédigé avant l'ouverture des sessions; mais il a fallu sans cesse le réadapter et le réformer pendant la période de trois semaines. On a reconnu en général qu'une expérience supplémentaire serait nécessaire

pour déterminer la méthode la plus satisfaisante de direction d'un Institut dans lequel les étudiants sont eux-mêmes des spécialistes d'une autre science. Au début du projet, on avait pensé que les psychiatres et les clercs seraient réunis en ateliers auxquels chacun apporterait la contribution de sa propre spécialité. Durant les sessions, on s'est aperçu qu'il était difficile d'éviter que les rapports entre élèves et psychiatres prennent un caractère de relations entre élèves et professeurs. En particulier, les conférenciers apparurent un peu dans la situation d'oracles révélant une science nouvelle à des non-initiés. C'était le résultat normal de leur fonction puisqu'il leur était demandé de communiquer des principes de base en psychiatrie à un public en grande partie non familiarisé avec le sujet. Néanmoins, le rôle de professeur masquait l'esprit d'apport mutuel qu'avaient souhaité susciter les directeurs de l'école.

Le problème de l'équilibre entre « séminaires », conférences, discussions d'information à la fin des sessions n'est pas encore totalement résolu. Pendant ces trois sessions, les séminaires ont consisté en réunions d'une petit groupe de neuf ou dix étudiants autour d'un thérapeute professionnel. Des interruptions pour une tasse de café au cours du travail plus formel des conférences, comme des séminaires, fournissaient l'occasion de contacts libres de personne à personne et encourageaient cette espèce de confiance familière si essentielle pour que des échanges d'idées soient fructueux dès que les problèmes intimes de la personnalité humaine sont le thème d'étude.

Dans un résumé aussi bref, il n'est pas possible de discuter complètement les apports du corps professoral. On peut cependant en indiquer quelques zones. En préparant l'Institut, les directeurs ont prévu six catégories générales d'études qui leur paraissaient essentielles pour donner la formation souhaitée. Ces catégories étaient : symptômes des maladies mentales, personnalité normale, délinquance, famille et croissance de l'enfant, l'interview, anxiété et culpabilité. Que les conférenciers aient pu, dans d'aussi larges catégories, donner une vue équilibrée des sujets en relation particulière avec le ministère pastoral permet de juger de leur maîtrise.

La raison d'être de l'école ne se trouve pas dans l'étude approfondie ou des avancées décisives de la recherche. On n'avait au départ aucune intention d'atteindre un but de ce genre. Il faut chercher son sens réel dans le succès avec lequel

la théorie et le langage de la science contemporaine de la guérison des esprits malades sont traduits en termes de pastorale et d'expérience religieuse. La relation entre les découvertes de la psychiatrie et la science classique de la vie spirituelle, la découverte de l'évolution de la maladie mentale dans des états religieux anormaux restent de grandes tâches pratiques qui, de nos jours, attendent d'être réalisées. Le but de l'Institut Saint John de santé mentale sera d'accomplir ces tâches.

Hilary Thimmesh, O. S. B.

SUJETS DES CONFÉRENCES

Du 2 au 6 août

Lundi 2 aout :

Bienvenue. — Mgr Bartholome.
Famille et croissance. — Dr Gerty.
La personnalité normale. — Dr Cavanagh.
Discussion sur le film *Steps of age.* — Dr Hales.

Mardi 3 aout :

Famille et croissance. — Dr Gerty.
Principaux mécanismes de défense. — Dr Cavanagh.
Que faire et à qui s'adresser dans les cas de maladie mentale et de retards de croissance? — Misses Bernhagen et Coakley.

Mercredi 4 aout :

Anxiété et culpabilité. — Dr Gerty.
L'interview. — Dr Cavanagh.
« Séminaire » : *Problèmes de l'enfance et de l'adolescence.* — Dr Dietz.
Bases psychologiques de l'ascétisme. — R. P. Mailloux.
« Séminaire » : *Conseils en matière de vie conjugale* — Dr Rowe.

Jeudi 5 aout :

Dépendance. — Dr Gerty.
« Séminaire » : *L'alcoolisme.* — Dr Cavanagh.

Symptômes de maladies mentales. — Dr Cavanagh.
« Séminaire » : *Déviations sexuelles.* — Dr Cavanagh.

VENDREDI 6 AOUT :

Résumé de la session. — Dr Gerty.
Réunion des professeurs pour examiner les questions posées par les participants.

DU 9 AU 13 AOÛT

LUNDI 9 AOUT :

Bienvenue. — Dr Lippman.
Conférence d'ouverture : *Buts et méthodes de la session.* — R. P. Mailloux.
Les diverses relations d'amour. — Dr Zilboorg.
Conflit entre religion et pyschiatrie? — Dr Zilboorg.

MARDI 10 AOUT :

La personnalité normale. — Dr Cavanagh.
Quelques aspects des interférences de la religion et de la psychothérapie. — Dr Zilboorg.
« Séminaire » : *Psychologie de la mère non mariée.* — Sœur Annette.
Que faire et à qui s'adresser dans les cas de maladie mentale et de retards de croissance? — Misses Bernhagen et Coakley.

MERCREDI 11 AOUT :

Les mécanismes psychologiques et leur rôle dans la formation des symptômes. — Dr Cavanagh.
Exemples de punition des enfants et le développement du surmoi et de la conscience. — Dr Zilboorg.
« Séminaire » : *La délinquance.* Sœur Annette et Dr Flynn. — *Tendances au suicide.* Dr Zilboorg et R. P. Mailloux. — *L'alcoolisme.* Dr Cavanagh et Dr Bird. — *Manifestations de la sexualité pendant la pré-adolescence et l'adolescence.* Dr Zilboorg et R. P. Mailloux.

JEUDI 12 AOUT :

Comment mener l'interview. — Dr Cavanagh.
La conduite et le maniement spontané de l'agression; ses différents types. — Dr Zilboorg.

Discussion sur le film : « *Lonely night* ». — Dr Cavanagh.
Intégration de la personnalité humaine. — Dr Mailloux.

VENDREDI 13 AOUT :

Résumé de la session. — Sœur Annette.
Religion et psychologie moderne. — R. P. Plé.

DU 16 AU 20 AOÛT

LUNDI 16 AOUT :

Bienvenue. — R. P. Alexis.
Conférence d'ouverture : *Buts et méthodes des travaux pratiques.* — Dr Bird.
Comment un psychiatre regarde l'homme. — Dr Simonart.
Croissance et identification. — Dr Stern.
Délinquance. — Dr Johnson.

MARDI 17 AOUT :

Désordres affectifs. — Dr Simonart.
Culpabilité et anxiété. — Dr Stern.
« Séminaire » : *L'interview.* Dr Aldrich et Dr Lyons. — *L'alcoolisme.* Dr Simonart, Dr Howell, Dr Bird.

MERCREDI 18 AOUT :

Désordres obsessifs-compulsifs. — Dr Simonart.
Symptômes de désintégration. — Dr Stern.
Que faire et à qui s'adresser dans les cas de maladie mentale et de retards de croissance? — Misses Bernhagen et Coakley.

JEUDI 19 AOUT :

Les dépressions. — Dr Simonart.
Les problèmes de la vie antérieure. — Dr Stern.
Discussion sur le film : *Lonely night.* — Dr Rowe.

VENDREDI 20 AOUT :

Résumé de la session. — Dr Simonart.
Réunion des professeurs pour examiner les questions posées par les participants.

PSYCHANALYSE

COMPTES RENDUS BIBLIOGRAPHIQUES (*suite*)

Problèmes de technique psychanalytique de Otto Fenichel, traduit par Anne Berman (1 vol. in-8°, 153 pp.). « Bibliothèque de psychanalyse et de psychologie clinique. » Presses Universitaires de France, Paris, 1953. L'auteur a publié cette étude en 1941. Les ouvrages de technique sont rares, car il est malaisé d'exposer rationnellement ce que l'intuition comprend. Les psychanalystes ne sont pas d'accord sur les facteurs thérapeutiques efficaces. Il étudie les voies d'accès de l'inconscient, la dynamique (interférences dans le jeu des forces psychiques) et l'économie (modifications qui se produisent dans la répartition de l'énergie psychique) de l'interprétation psychanalytique. L'auteur étudie l'analyse du moi et du ça, celle du transfert qui doit être répétée à chaque manifestation de barrage et de résistance. L'élaboration interprétative est l'objet de judicieuses considérations, pénétrées du sens du grand clinicien que Fénichel était. On ne peut résumer de telles pages. Le but de l'interprétation est de permettre au moi d'intégrer, d'unir ce qu'il avait auparavant rejeté. Les tendances instinctuelles peuvent alors retrouver leur possibilité de décharge jusque-là bloquée. L'analyste travaille avec son intuition, mais appuyé sur ses connaissances, sa réflexion avec un objectif bien défini. Le dernier chapitre est un commentaire des travaux relatifs à la technique psychanalytique.

La guérison psychologique de G. C. Jung, préface et adaptation du Dr Roland Cahen « (1 vol. in-8°, 338 p.). Librairie de l'Université, Georg et Cie, Genève, 1953.

Cahen est chargé de la publication en français des œuvres de Jung. Il a rassemblé dans cet ouvrage original divers travaux où Jung traite de sa méthode psychothérapique. Dans sa préface, Cahen cerne les critères de la guérison psychologique.

> Ce à quoi nous assistons au cours de ce processus de guérison c'est, extérieurement, une normalisation du comportement, et intérieurement, un élargissement conscientiel de la personnalité, une reconstruction structurale et un recentrage de celle-ci, une conformisation du sujet à lui-même, une synthétisation de ces divers facteurs hétérogènes — synthèse nouvelle et chaque fois irréductiblement originale.

La première partie de l'ouvrage traite de la méthode. Qu'est-ce d'abord que la psychothérapie? Critiquant les hypothèses freudiennes, Jung donne quelques principes généraux de l'attitude du psychothérapeute. Il souligne ensuite les particularités de l'examen du malade : l'anamnèse, le diagnostic, la thérapeutique. « Tout psychothérapeute a sa méthode personnelle, mais en fait, sa méthode, c'est lui ». La psychothérapie moderne a quatre plans d'action ou quatre degrés : ceux de la « confession », celui de la « mise en lumière » et de l'explication du transfert, celui de l'éducation et de l'auto-éducation, celui enfin de la transformation de la personnalité que Jung dénomme processus d'individuation. Ce dernier plan est la synthèse des trois premiers. Jung souligne la nécessité pour le médecin d'avoir une personnalité aussi équilibrée et maturée que possible.

Suit un chapitre sur l'essence des rêves. « En vertu de sa provenance inconsciente, le rêve puise au trésor des perceptions subliminales. Le rêve traite réellement de la santé et de la maladie. » « Le rêve apporte des données irrationnelles, étant activité involontaire. » Jung souligne le danger de l'interprétation des rêves. Il rappelle la technique freudienne d'interprétation à partir des associations du sujet. Il cherche dans quelle signification chaque détail saillant apparaît au rêveur, pour déchiffrer le contexte du rêve. Il procède par une démarche en quatre phases : le lieu, l'action, la culmination ou la péripétie, la solution ou dénouement du rêve. Il récuse l'opinion de Freud que le rêve est la satisfaction d'un désir et adopte le sens d'une fonction de « compensation » qu'il différencie de la complémentation. « La compensation est l'affrontement, la comparaison, la confrontation, de différentes données ou de

différents points de vue, d'où peut résulter un redressement ou un équilibre. » Il y voit une sorte de régulation autonome du système psychique. La série des rêves d'une personne obéit à une sorte de plan. On y peut lire un processus évolutif, un processus d'organisation évoluant par étapes méthodiques. Il renvoie à une longue étude sur les rêves qu'il donne dans *Psychologie et Alchimie*. Dans les « grands rêves », Jung retrouve des motifs mythologiques qui prouvent « que l'âme humaine est seulement pour une part actuelle, subjective et personnelle, et pour une autre part collective et objective ». C'est pourquoi il parle d'un inconscient collectif, « plus profond » que l'inconscient personnel.

Les problèmes de psychothérapie pratique sont ensuite exposés. La psychothérapie est un procédé dialectique. Il délimite la psychothérapie suggestive et donne les règles de conduite du psychothérapeute : ne pas s'assigner de but trop défini, prendre pour guide la nature, attitude de co-participant à un processus de développement individuel, analyse subie par le médecin. Les séries oniriques ont la plus grande importance dans la cure. Il utilise le dessin comme facteur de l'auto-évolution de l'être.

La deuxième partie de l'ouvrage retrace l'évolution des idées de Jung. La situation de la psychothérapie en 1910 nous est donnée par la publication extrêmement intéressante d'une série de lettres échangées entre le Dr Loy, son élève, et le maître de Zurich. Le principe essentiel de la psychanalyse est d'analyser les contenus psychiques qui se présentent dans chaque cas. Il situe sa position entre la position causaliste de Freud et la position finaliste d'Adler. Le transfert est le pont entre le médecin et le malade. Ensuite, la situation de la psychanalyse vers 1920 nous expose l'opposition entre Freud et Jung. Leurs divergences sont exposées par Jung. Il procède par affirmation plus que par argumentation. Il n'est pas un adversaire de Freud, dont l'œuvre est vraie dans les limites de sa propre psychologie « qui est celle d'un état névrotique d'une certaine tonalité ». (Parler d'une névrose de Freud étonne qui connaît sa biographie, ou alors les mots ne veulent rien dire.) Il reproche à Freud son incompréhension de la religion (ce qui est exact) et croit s'opposer à lui en disant

> J'ai une attitude positive à l'égard de toutes les religions. Dans leur contenu et leurs enseignements je retrouve toutes

> les figurations qui se sont déjà présentées à moi dans les rêves et les phantasmes de mes malades... La liturgie, le rituel, les initiations et l'ascèse sont à mes yeux du plus grand intérêt, en tant que techniques riches de formes et de variations, pour susciter la vraie voie. (...) Le monde pour moi est un tableau fait de contrastes; il en découle pour moi l'idée d'une énergie psychique qui ne peut jaillir que de la tension existant entre les contraires... Je ne parle plus d'instincts pris un à un, mais de valeurs d'intensité (pp. 182, 183).

La « sexualité » infantile de Freud appartient à un autre domaine de l'existence. (Lequel?) Il en appelle « à l'esprit », autre pôle de l'évolution du monde.

C'est à tort que l'on a attribué à Jung une position spiritualiste. Il est réaliste en ce sens qu'il affirme la réalité bipolaire de la nature humaine, instinctive et spirituelle. Les freudiens pensent que le spirituel métaphysique est une duperie, un épiphénomène. Jung ne parle que du spirituel dans l'homme et voit dans l'âme humaine une fonction religieuse. Nous attirons l'attention du lecteur catholique sur les équivoques du langage jungien. Les mots à consonance religieuse (âme, Dieu, Trinité, Sauveur, esprit, religion) n'y ont pas le sens que la théologie leur donne[2]. Jung a une position d'agnosticisme.

Trois chapitres reflètent la position de Jung en 1930, 1940 et 1950 : un article sur la névrose et l'auto-régulation psychique où Jung dit : « Dans la névrose réside notre ennemi le plus acharné ou notre meilleur ami... Ce que le malade doit apprendre, ce n'est pas comment on se débarrasse d'une névrose, mais comment on l'assume et la supporte ». « Ce n'est pas la névrose qu'il s'agit de guérir, c'est elle qui nous guérit. » Tout cela justifierait une longue discussion qui dépasserait les limites de ce compte rendu. Pour 1940, Cahen donne une conférence de Jung sur les images parentales et le totalitarisme étatique et la situation de l'esprit européen. Le relativisme essentiel de la psychothérapie est une conférence de 1951 où il conclut que « ce qu'il y a de plus individuel dans l'être humain, c'est le conscient, « l'inconscient » est un phénomène collectif qui demeure partout identique à lui-

2. *La psychologie religieuse de Jung*, in *Problèmes de psychologie religieuse* du P. Léonard, *Supplément de La Vie Spirituelle*, n° 18, 10 septembre 1951, pp. 325 à 334.

même. » Les archétypes sont des modes hérités de comportement.

La troisième partie, sous le titre « Élargissements », rapporte divers travaux. « Conscience, inconscient et individuation » en est le premier. L'individuation est un processus « qui crée un individu psychologique, c'est-à-dire une unité autonome et indivisible, une totalité ». Suit un appel à la collaboration entre le directeur de conscience et le médecin de l'âme, pour donner au malade ce dont il a besoin : espérance, croyance, amour et connaissance. L'ouvrage s'achève par un exposé de la conception du monde et un programme où il en appelle à la coopération de toutes les différentes Facultés au service de l'âme humaine, et un index bibliographique.

Cet ouvrage permettra au lecteur français de prendre contact avec la pensée de Jung dont la langue, en raison du sens personnel de certains vocables rend bien des points obscurs. Jung apporte de riches considérations, des indications de psychologie précieuses, mais l'on regrette l'absence de clarté de sa position, ses affirmations parfois contradictoires, et surtout ce grand malaise causé par une sympathie et un vocabulaire religieux qui ne recouvrent pas une position religieuse vraie.

Freud ou Jung ? par Edward Glover, traduit de l'anglais par Lucy Jones (1 vol. in-8°, 160 pp.). « Bibliothèque de psychanalyse et de psychologie clinique. » Presses Universitaires de France, Paris, 1954. Cet ouvrage a été suffisamment analysé par le P. Léonard) *Suppl. Vie Spir.* n° 18, pp. 331-334) pour que nous n'y revenions pas. Il est heureux que cet ouvrage, paru en 1950, ait été traduit.

Psychologie sexuelle par Oswald Schwarz, traduction et introduction par François Duyckaerts, (1 vol. in-8°, 272 pp.). « Bibliothèque de psychanalyse et de psychologie clinique. » Presses Universitaires de France, Paris, 1952.

L'édition originale, en langue anglaise, est de 1949, année de la mort de l'auteur, élève de Freud et de Adler, après avoir été professeur d'urologie à la faculté de Vienne. Duyckaerts donne en préface une biographie de Schwarz. Il situe l'évolution de sa pensée vers une anthropologie médicale. Peu connu en France, Schwarz méritait de l'être. Parti de l'observation des troubles sexuels que sa spécialité d'urologiste lui apportait, il acquit la conviction que l'origine de la plupart

des anomalies sexuelles était psychogène. Il s'inspire des courants psychanalytiques et phénoménologistes. Il décrit d'abord la signification de la sexualité normale ou exemplaire : la sexualité est la voie privilégiée pour l'insertion de l'homme dans le monde et la création d'œuvres valables. Il expose la sexualité de l'enfant, la puberté, l'éducation sexuelle, les étapes vers la maturité, le problème de la prostitution, celui de la liaison, l'amour, la psychologie différentielle des sexes, des réflexions sur la morale sexuelle, le mariage, et la sexualité « au terme du voyage ». Écrit dans une langue aisément lisible, riche d'expérience, cet ouvrage, qui tient compte de tous ceux qui l'ont précédé, apporte une bonne vue, complète, de tout le problème. La psychologie en est fine, nuancée, et pourra utilement enrichir le moraliste dont la formation parfois le porte à juger des actes un peu en dehors de leur contexte psychologique. Un chrétien averti peut lire ce très bon traité de psychologie et pourra en retenir bien des données utiles, sans partager l'opinion de l'auteur qui, en morale, se fonde sur une notion de la pureté considérée comme « la capacité de rester dans la vérité en dépit de l'agitation d'une vie pleinement vécue ». La position de l'auteur d'une santé naturelle, avec un sens du dépassement de l'homme par l'amour, reste en deçà de la morale du Christ. La courbe de l'évolution de la sexualité doit aboutir à la possibilité du coït, action de valeur humaine et spirituelle, où la personne entière s'engage envers autrui et envers le monde.

Psychanalyse de l'artiste et de son œuvre, par Dr N. N. Dracoulides (1 vol. 232 pp. avec 18 illustrations). Collection « Action et pensée ». Éd. du Mont-Blanc, Genève, 1952. Hesnard a préfacé l'ouvrage et présenté l'auteur, ancien élève des Beaux-Arts à Paris, président de la société hellénique de psycho-biologie. A la lumière de la psychanalyse freudienne, il traite avec sa double compétence de la création artistique. La création artistique est la sublimation de désirs instinctifs fondamentaux de l'individu. Deux conditions sont indispensables à la création artistique : l'existence du talent (qu'il ne faut pas confondre avec la tendance artistique innée commune dans l'enfance et refoulée à l'adolescence) et un certain état de frustration. L'art remplace dans l'artiste ce dont la vie le prive. Il fleurit chez les peuples malheureux et dans les périodes troublées comme la dernière guerre. D'importants

chapitres sont consacrés aux instincts fondamentaux, à l'équilibre entre refoulement, sublimation et satisfaction de l'instinct, aux conflits, aux compensations par la névrose ou par la sublimation, à la sublimation de l'instinct sexuel, dynamique et plastique. La frustration de l'amour féconde la création artistique. L'auteur insiste sur le fait que la psychanalyse ne rend pas compte du talent (condition préalable) mais de son élan créateur et du contenu de l'œuvre créée. Les conséquences psycho-intellectuelles des aberrations sexuelles font l'objet d'un chapitre où il parle de l'intellectualisme de Léonard de Vinci, du marasme spirituel d'Amiel, de Fr. Villon, et de nombre d'auteurs. Comparant la création artistique au rêve, il voit dans les deux un langage symbolique, mais la création est une œuvre nouvelle. Elle agit parfois comme une catharsis susceptible d'enrayer l'évolution vers une névrose. L'auteur a quelques pages sur le dessin enfantin, l'art primitif et l'art dans la psychopathologie. Le caractère symbolique et itératif de certains motifs artistiques à répétition traduit la recherche d'une catharsis. Une transformation dans la « manière » de son art exprime une transformation dans l'inconscient de l'artiste. L'œuvre d'art exprime non seulement l'inconscient personnel, mais encore l'inconscient collectif d'un peuple et d'une époque.

Les deux derniers chapitres reprennent une vue d'ensemble de la question de l'art en fonction de la vie dans la première moitié du XXe siècle et sur l'art moderne, avec de très nombreux exemples. Dans ce siècle de destruction et de machinisme, les écoles se succèdent à un rythme rapide. Il étudie chacune : symbolisme, impressionnisme, dadaïsme, surréalisme, existentialisme, lettrisme, abstraitisme. En conclusion, l'auteur résume sa pensée.

Ce livre si dense ne saurait être valablement résumé. Son intérêt humain dépasse l'objet artistique qui attirera de nombreux lecteurs. Certains points paraîtront discutables (le surréalisme n'est pas un art, le rôle frustrateur agissant au plan collectif), mais cela n'enlève rien à la très haute qualité de cet ouvrage.

Les théories psychosomatiques, origines psychanalytiques, importance psychologique, par Jean-Paul VALABREGA, attaché au Centre National de la recherche scientifique (1 vol. in-16, 192 p.) avec une introduction de Henri EY. Presses Universi-

taires de France, Paris, 1954. La médecine psychosomatique a attiré l'attention du philosophe qu'est Valabrega car elle ouvre des perspectives au delà des problèmes de diagnostic et de traitement. L'auteur étudie les positions des divers auteurs et en dégage leurs positions convergentes.

> La médecine psychosomatique procède directement de la psychanalyse. Ce qu'elle en retient surtout est l'aspect psychodynamique dont l'origine est à rechercher dans l'œuvre de Freud. Elle consiste donc d'abord dans l'application des concepts analytiques à la médecine générale, tant du point de vue pathogénique que du point de vue thérapeutique... Elle est une phase d'intégration de la psychanalyse dans la médecine... L'orientation de la médecine psychosomatique est synthétique et totalitaire...

L'auteur étudie la conception de Nacht et les rapports avec la psychanalyse, les problèmes posés par la pratique et les spécialités médicales, les rapports du malade et du médecin, le caractère parfois « plaqué » de l'explication d'un cas auquel le psychosomaticien aboutit souvent dans son effort de compréhension, les « schémas dynamiques spécifiques » d'Alexander dont il donne quelques exemples. En voici un : schéma de la diarrhée : « Frustration des désirs oraux de dépendance → réponses orales-agressives → culpabilité → anxiété → surcompensation de l'agression orale par le besoin de donner → (restituer) et d'agir → inhibition et échec de l'effort de donner et d'agir → diarrhée. » Valabrega cite la position de certains analystes qui pensent que la médecine psychosomatique risque de s'arrêter au symptôme, que sa suite logique serait une cure psychanalytique. Il termine cette première partie sur le point de vue psychosomatique par l'étude de la formation analytique du psychosomaticien, ses difficultés, et il pose la question d'une réforme de l'exercice médical : l'analyse didactique de tout étudiant en médecine réclamée par Rado en 1946, l'analyse brève prônée par Weiss et English, laquelle a ses dangers. Si tout malade est un malade psychosomatique, il faut que les médecins soient aptes à cet envisagement des choses. Ils le sont, spontanément, par l'intuition de leur cœur et leur culture générale, et la médecine française s'honore de cette tradition (ceci nous l'ajoutons). La formation du médecin pose un problème qui n'est pas résolu.

Dans la deuxième partie, M. Valabrega étudie quelques ré

sultats et quelques hypothèses psychosomatiques. Il consacre un premier chapitre au concept psychosomatique de maladie et « maladies psychosomatiques », et les discussions d'auteurs. Une critique poussée du dualisme soma-psyché est ensuite proposée : « Jamais plus que de nos jours ne s'est fait sentir aussi nettement le besoin d'échapper au dualisme. » Il se réfère aux travaux de Lagache, de Nacht. Il analyse de près les textes où Parcheminey a exposé sa conception moniste opposée à celle du dualisme, en particulier dans ses travaux sur l'hystérie. Il conclut : « en psychanalyse, le problème est résolu surtout parce qu'il ne se pose pas ». L'auteur prend comme exemple de l'intérêt des connaissances analytiques pour un praticien quelques observations de tuberculose de Pasche. La médecine tend à devenir une médecine de groupe. L'hôpital est le lieu le plus favorable à l'observation psychosomatique. Des considérations sur la dualité dans la personne du médecin, l'importance du critère thérapeutique, les significations du Médicament, la médecine à « plusieurs champs » sont l'occasion d'utiles remarques. Le dernier chapitre a pour objet les maladies de l'adaptation, l'apport de l'endocrinologie à la synthèse psychosomatique. Il conclut :

> La médecine psychosomatique n'apparaît pas comme une nouvelle spécialité médicale, mais comme une évolution de la médecine elle-même. Nous voulons dire qu'elle ne deviendra pas une partie de la médecine générale ou de la psychiatrie. Pas plus que la psychanalyse n'est une partie de la psychiatrie ou de la psychologie... Le problème de la formation du futur praticien est entièrement remis en question... On doit pratiquer une médecine, une psychologie, une sociologie à pluralité de champs.

Une bibliographie termine l'ouvrage qui est un excellent point de départ d'une telle étude, en raison de sa riche documentation. Médecins et psychanalystes y trouveront plusieurs aspects qui susciteront la discussion, que tout nouvel envisagement des choses engage, que tout retour à une conception de l'homme suppose.

VOCABULAIRES DE PSYCHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE

De plus en plus nombreux sont ceux qui, par leur profession ou leur recherche, ont à étudier des ouvrages de psychologie et de psychiatrie. La terminologie technique peut être un obstacle à qui n'est pas spécialiste. Deux excellents instruments de travail sont désormais au service des lecteurs.

Vocabulaire de psychologie, publié avec la collaboration de l'Association des travailleurs scientifiques, par Henri Piéron, professeur au Collège de France, Directeur de l'Institut de Psychologie de l'Université de Paris (1 vol., in-8°, 358 pp.), Presses Universitaires de France. Paris 1951.

Bernyer, Chocholle, Cousinet, Durup, Fessard, Fraisse, Guillaume, Lagache, Mazé, Naville, Piéron, Rennes, Sivadon, Tournay et Viaud ont rédigé et signé les articles de ce vocabulaire. Les mots qui sont du langage courant, de la psychologie populaire, ont été laissés de côté car ils se trouvent dans les dictionnaires généraux. L'historique, l'étymologie et les éléments de critique ne figurent pas non plus dans ce vocabulaire qui s'est donné pour but de mettre le lecteur au courant de la terminologie actuelle, de manière concise et pratique.

Il se limite à définir les termes de la psychologie et particulièrement les mots techniques dont le sens n'est pas évident, les néologismes avec indication de leur auteur, les termes introduits par un auteur avec le sens dans lequel il l'emploie.

Figurent aussi dans ce vocabulaire les termes techniques des sciences avec lesquelles la psychologie est en relation et qui, effectivement, se trouvent dans les travaux de psychologie : termes de biologie, anatomie et physiologie du système nerveux, neurologie, psychiatrie, psychanalyse, physique, chimie, ethnologie, sociologie et génétique.

Les mots anglais et allemands pour lesquels il n'y a pas d'équivalent français satisfaisant, ou qui sont passés tels quels dans le langage technique, figurent en assez grand nombre. Les équivalents anglais et allemands sont donnés pour beaucoup de mots. Enfin, figure un index des noms cités et en annexes : Abréviations et symboles d'emplois divers, abrévia-

tions et symboles utilisés dans l'emploi de certains tests, symboles utilisés pour la désignation de facteurs individualisés, symboles des groupes de fibres nerveuses chez les mammifères et chez l'homme, table de symboles mathématiques, formulaire statistique, table des grandeurs et unités.

Manuel alphabétique de psychiatrie clinique, thérapeutique, et médico-légale, par le Dr Antoine Porot, professeur honoraire de clinique psychiatrique à l'Université d'Alger, avec la collaboration de H. Aubin, Ch. Bardenat, A. Hesnard, Th. Kammerer, P. Lionardon, H. Luccioni, M. Porot, F. Ramée, J. Sutter (1 vol., in-8°, 450 pp.). Presses Universitaires de France, Paris, 1952.

Ce livre n'est pas seulement un lexique, mais un manuel alphabétique de psychiatrie. L'étudiant, le médecin praticien, le médecin du travail, le juriste, l'éducateur, l'écrivain, les auxiliaires de la santé, de la justice, de l'éducation, ne peuvent plus travailler sans être informés de l'apport de la psychiatrie à la compréhension des comportements humains. Ils trouveront condensées dans cet ouvrage les connaissances indispensables. La délinquance de l'enfant et de l'adulte soulève des problèmes d'ordre biologique, psycho-génétique, psychologique, psychanalytique, psychiatrique. Les éducateurs rencontrent des problèmes analogues. Le professeur Porot, à la longue expérience de clinicien et de professeur, a compris combien un lexique serait utile aux étudiants d'abord. Puis il a élargi son projet primitif en ajoutant aux définitions de plus de six cents mots des notions historiques, des éléments de diagnostic, des descriptions de faits et leur évolution, des indications thérapeutiques et médico-légales. L'école algéroise a fourni un type de manuel qui n'existait pas, d'emploi aisé. Il ne saurait être substitué aux traités de psychiatrie. Tel n'était pas son but. Il est un excellent instrument de travail pour tous les non-spécialistes en psychiatrie qui ont à se référer à quelques notions de psychiatrie pour leur propre spécialité.

Dr Suzy Rousset.

TABLES DE L'ANNÉE 1954

LES LIVRES

Le gérant : R. P. Plé, 29, boulevard Latour-Maubourg, Paris-7e.
Impr. AUBIN, LIGUGÉ (Vienne). — D. L., 4e trimestre 1954. — Impr. 1.070.

LA VIE SPIRITUELLE

Supplément



N° 28 - 15 FÉVRIER 1954

ÉDITIONS DU CERF

Supplément de La Vie Spirituelle.

L'effervescence et le renouvellement spirituels de notre temps soulèvent de nombreux problèmes d'adaptation et de mise au point des méthodes et des institutions que La Vie Spirituelle *se doit d'aborder, mais seulement avec ceux de ses lecteurs capables de travailler ces sujets avec fruit, parce qu'ils ont mission de les résoudre.*

Broché à part pour cette raison, le Supplément trimestriel de La Vie Spirituelle *satisfait à ce besoin, en même temps qu'il publie des études techniques de spiritualité.*



CONDITIONS D'ABONNEMENT

FRANCE : *4 cahiers par an*	Seuls	700 fr.
	Pour les abonnés à *La Vie Spirituelle*	650 fr.
ÉTRANGER : *4 cahiers par an*	Seuls	800 fr.
	Pour les abonnés à *La Vie Spirituelle*	700 fr.

Dates de parution :
15 février — 15 mai — 15 septembre — 15 novembre.

Prix du numéro : 200 fr.



CONDITIONS D'ABONNEMENT
A LA VIE SPIRITUELLE ET AU SUPPLÉMENT

FRANCE	1.750 fr.
ÉTRANGER	2.000 fr.



Votre abonnement se termine avec ce numéro. Vous nous rendrez service et vous vous épargnerez des frais de recouvrement en vous réabonnant immédiatement.

Merci.



C. C. P. Éditions du Cerf, Paris 1436-36
LES ÉDITIONS DU CERF
29, Boulevard Latour-Maubourg, 29
PARIS (7e)